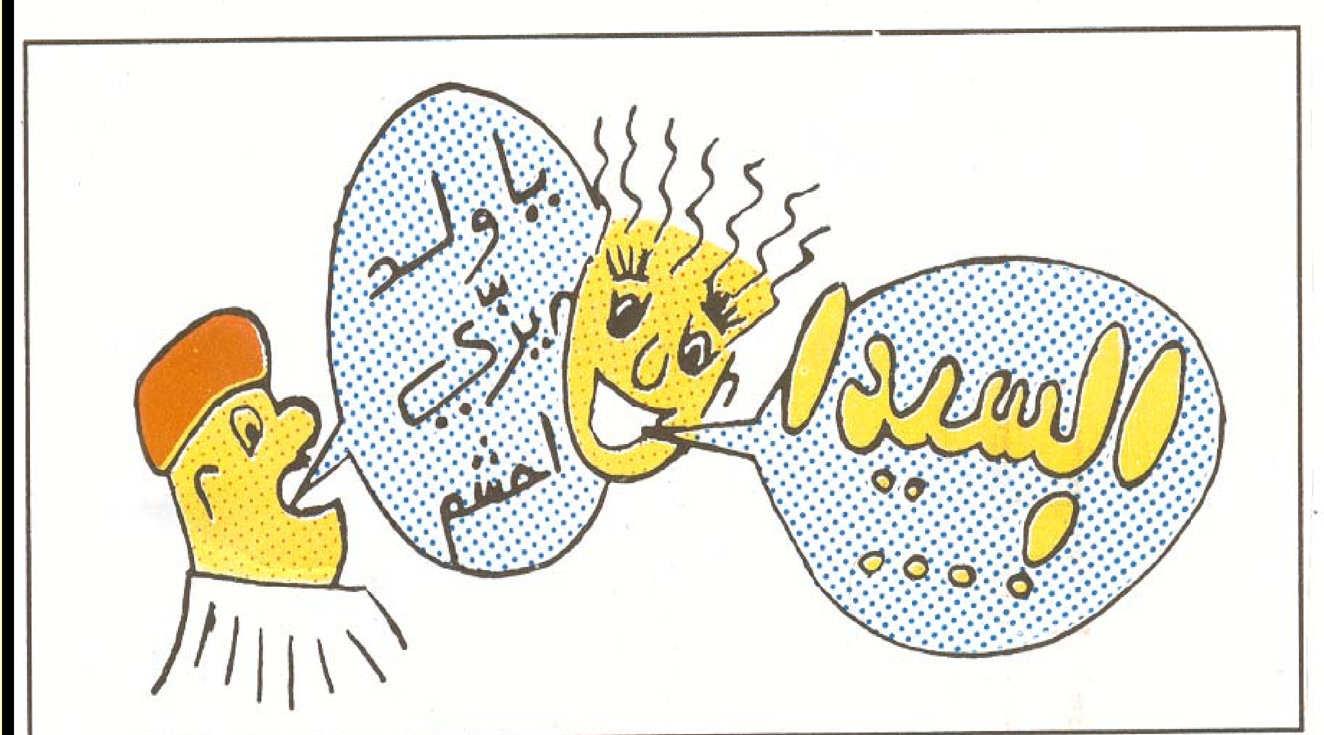
INFECTION PAR LE VIH : définitions, aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques

Dr Adnen TOUMI
Service des Maladies Infectieuses
EPS Fattouma Bourguiba – Monastir

Tunis le 1.12.2012





آش ني هيّا السيدا..؟

DEFINITION

- **VIH** : virus de l'immunodéficience humaine.
- Le **SIDA** ou **S**yndrome d'**I**mmuno-**D**éficience **A**cquise
- ***Syndrome*** : ensemble de symptômes liés à une maladie.
- ***Immuno-Déficience*** : incapacité du système immunitaire à accomplir ses fonctions.
- ***Acquise*** : non héréditaire.

DEFINITION

Séropositivité : personnes contaminées

Personnes Vivantes avec le VIH **PVVIH**

- Infection par le VIH
- Sous-estimation considérable
- **95 %** des personnes infectées **l'ignorent**
- **95 %** des personnes infectées vivent dans le **1/3 monde**

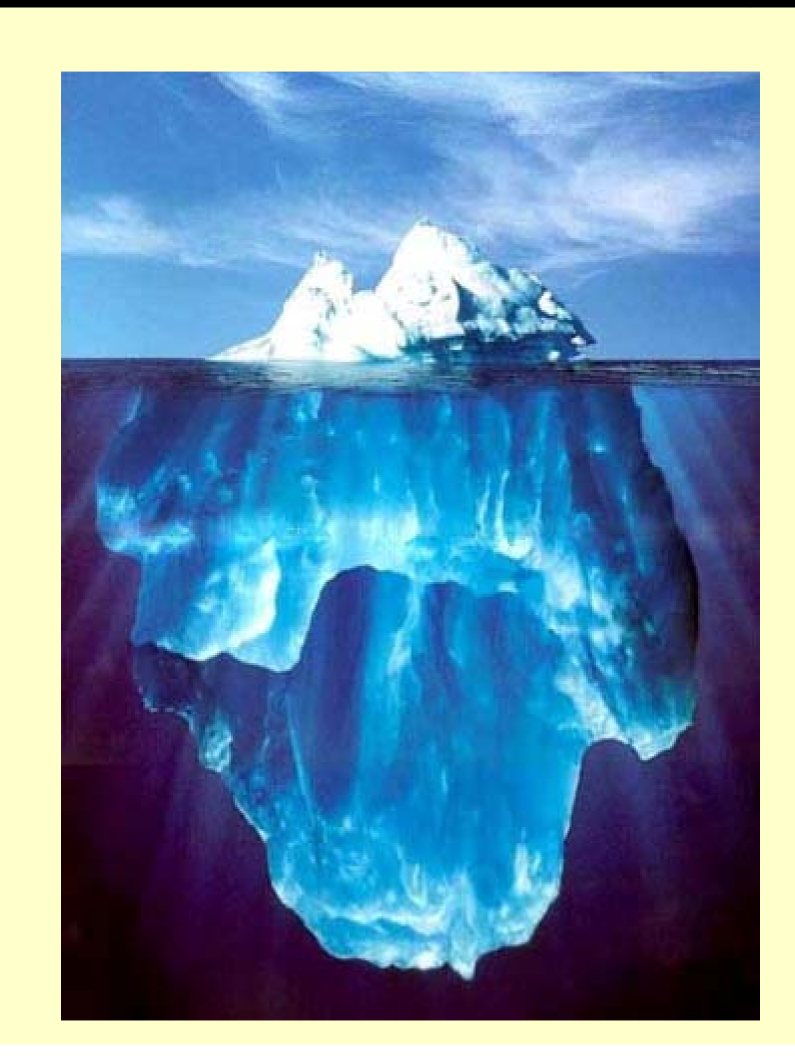
LES ENJEUX

- Le **VIH/SIDA** : une des menaces les plus urgente pour la santé publique mondiale
- SIDA : **pandémie mondiale** en constante progression
- Infection **« silencieuse »** : longtemps asymptomatique = nombreux porteurs non connus
- Diagnostic souvent tardif

LES ENJEUX

Infection VIH = maladie transmissible grave

LE SOMMET DE L'ICEBERG



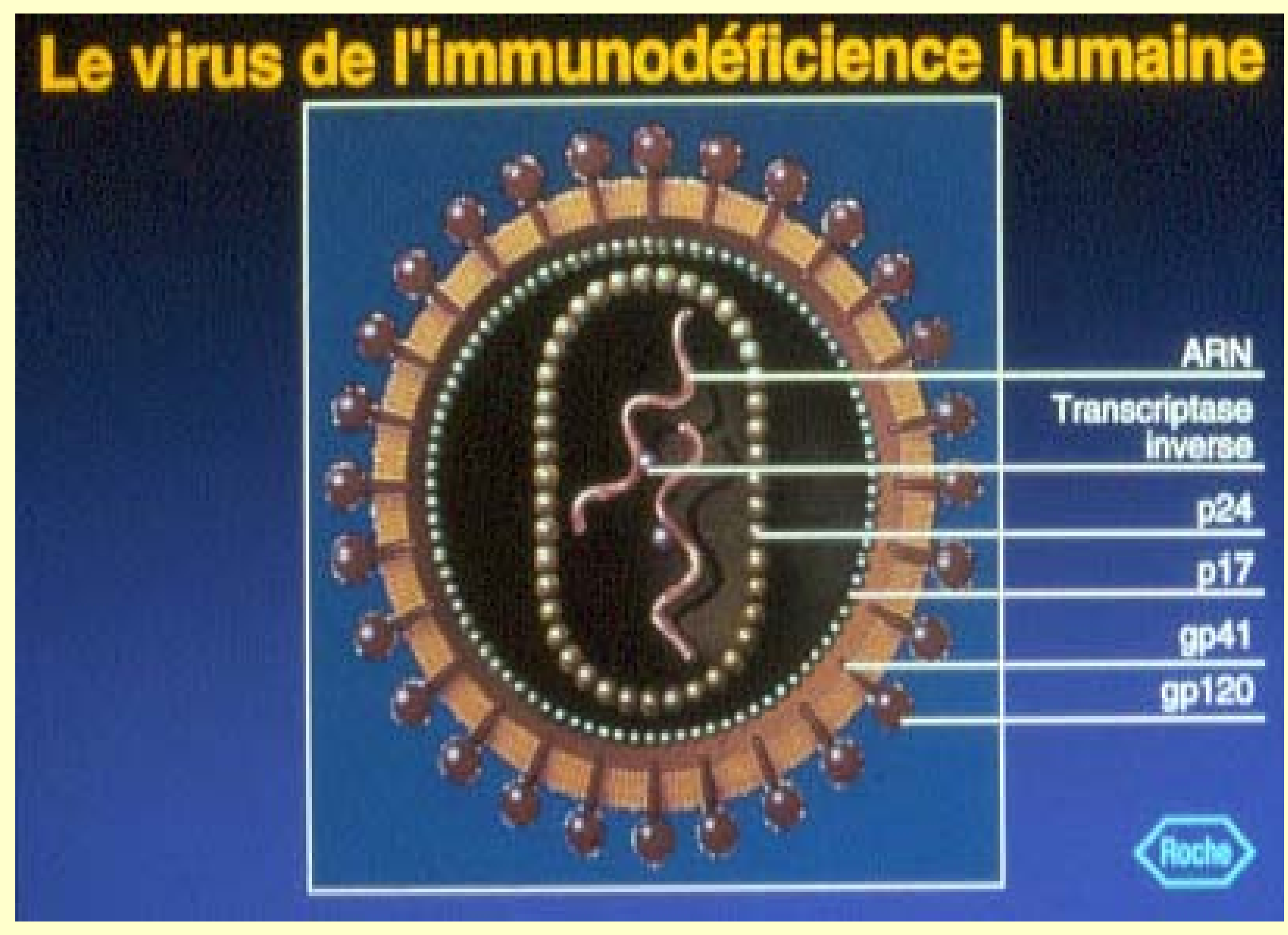
ASYMPTOMATIQUE

LES ENJEUX

Infection à VIH = maladie transmissible grave

- **Infection chronique**
- **Aucun traitement curatif**
- **Pas de vaccination**
- Conséquences démographiques, économiques et sociales majeures
- Pays les plus démunis = les plus touchés

VIROLOGIE



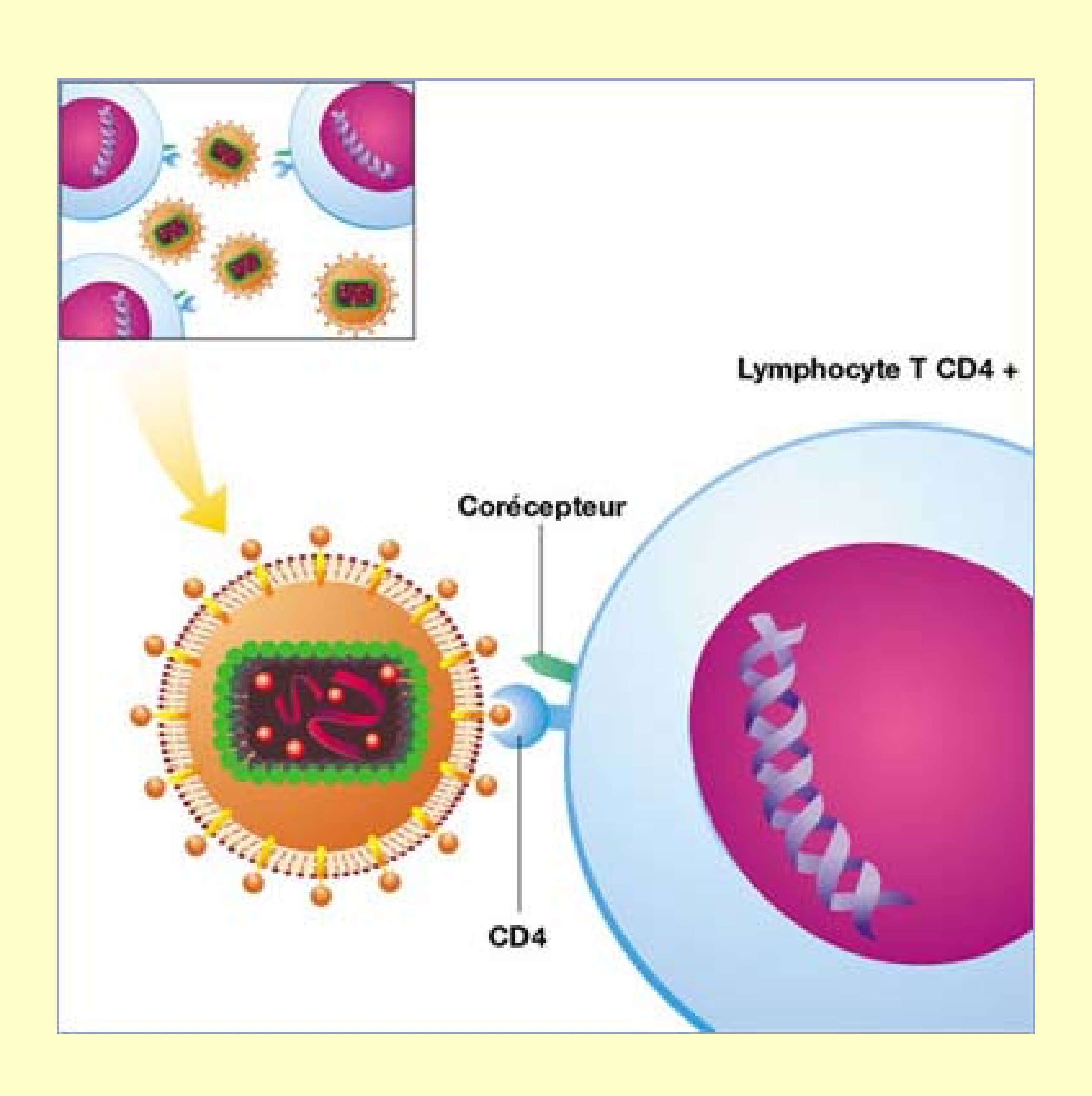
STRUCTURE DU VIH

VIROLOGIE

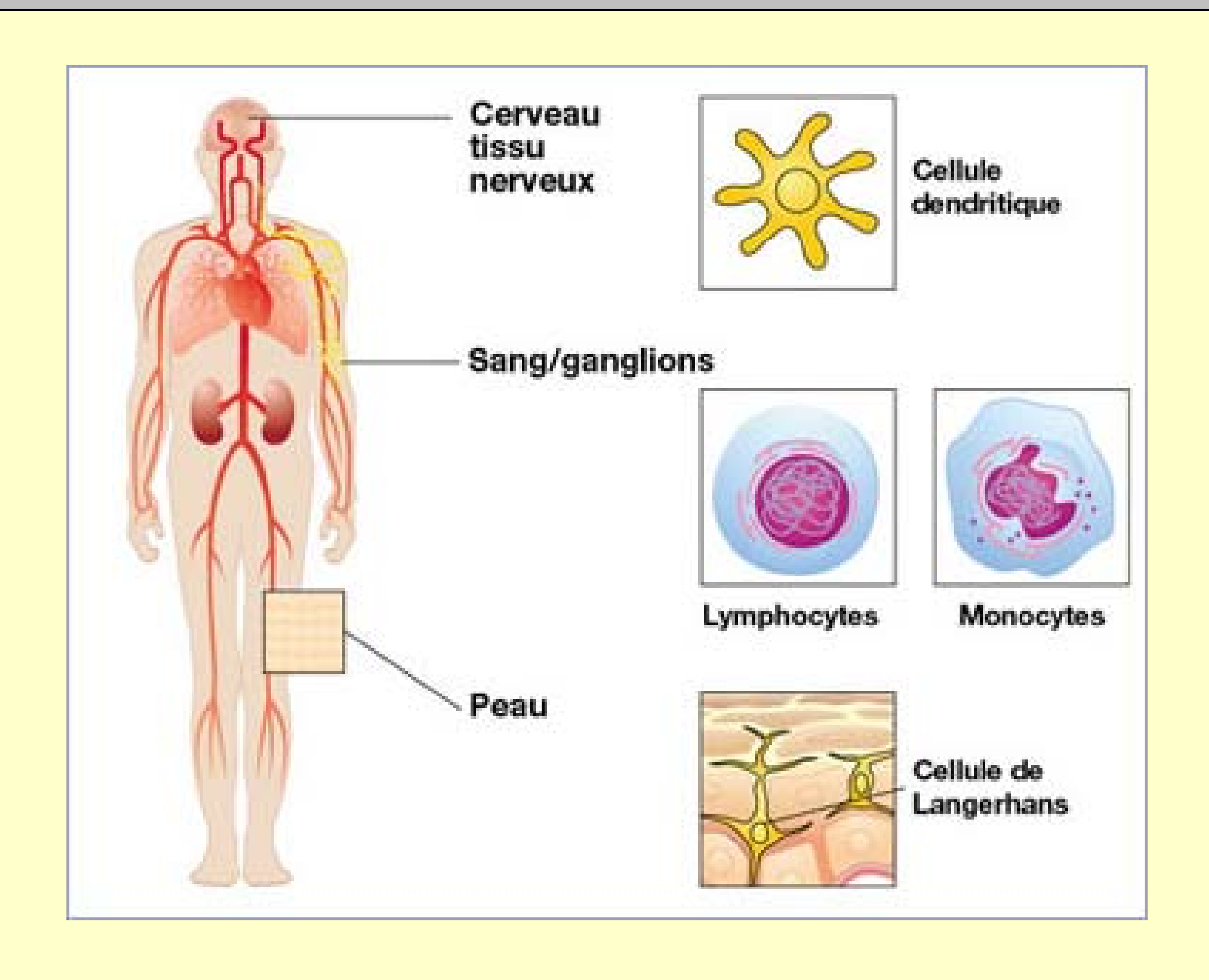
- Survit difficilement dans le milieu extérieur
- Facilement détruit par les antiseptiques
  - savon, alcool, javel
- Transmission très difficile

VIROLOGIE

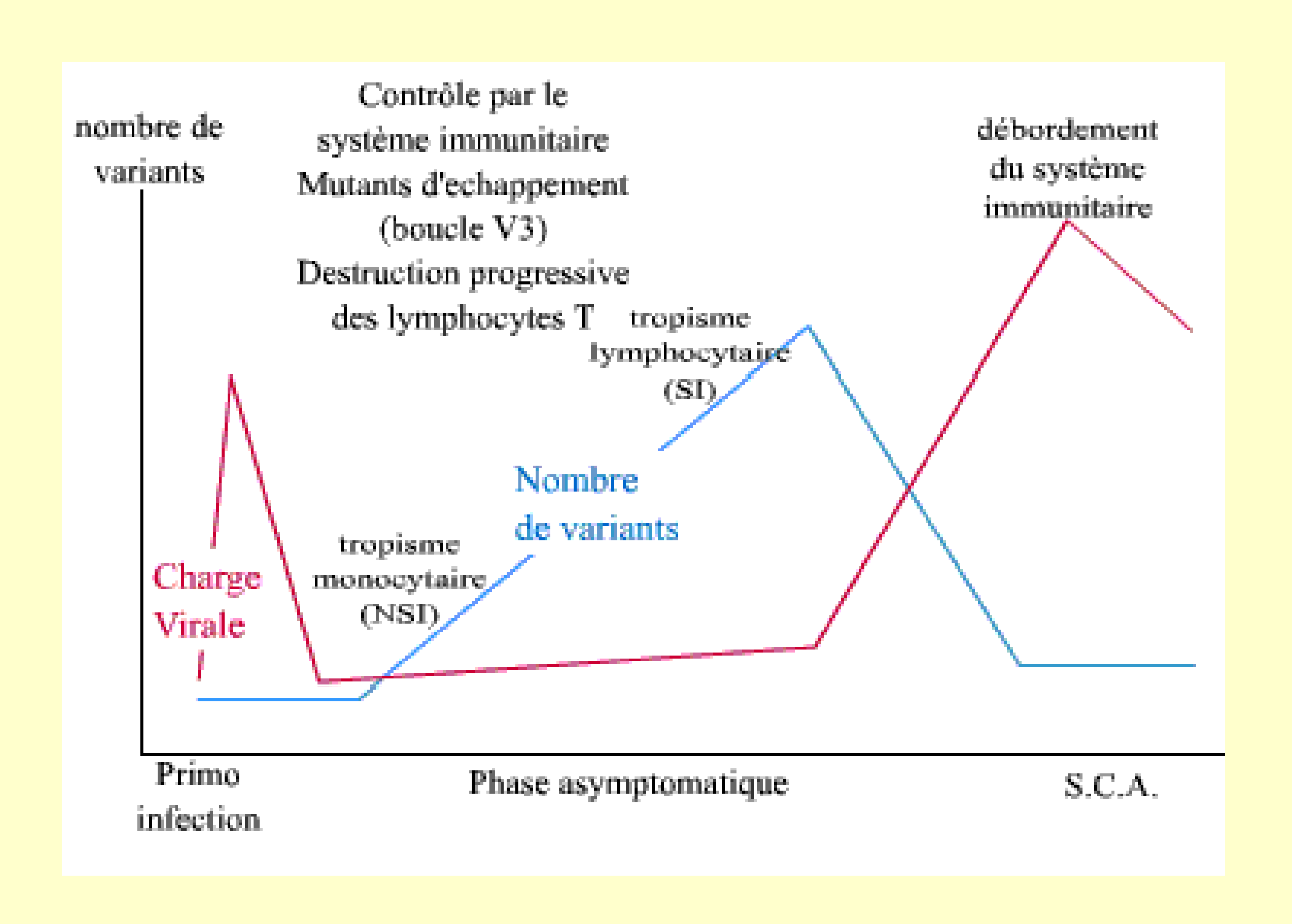
MODE D’ACTION



VIROLOGIE

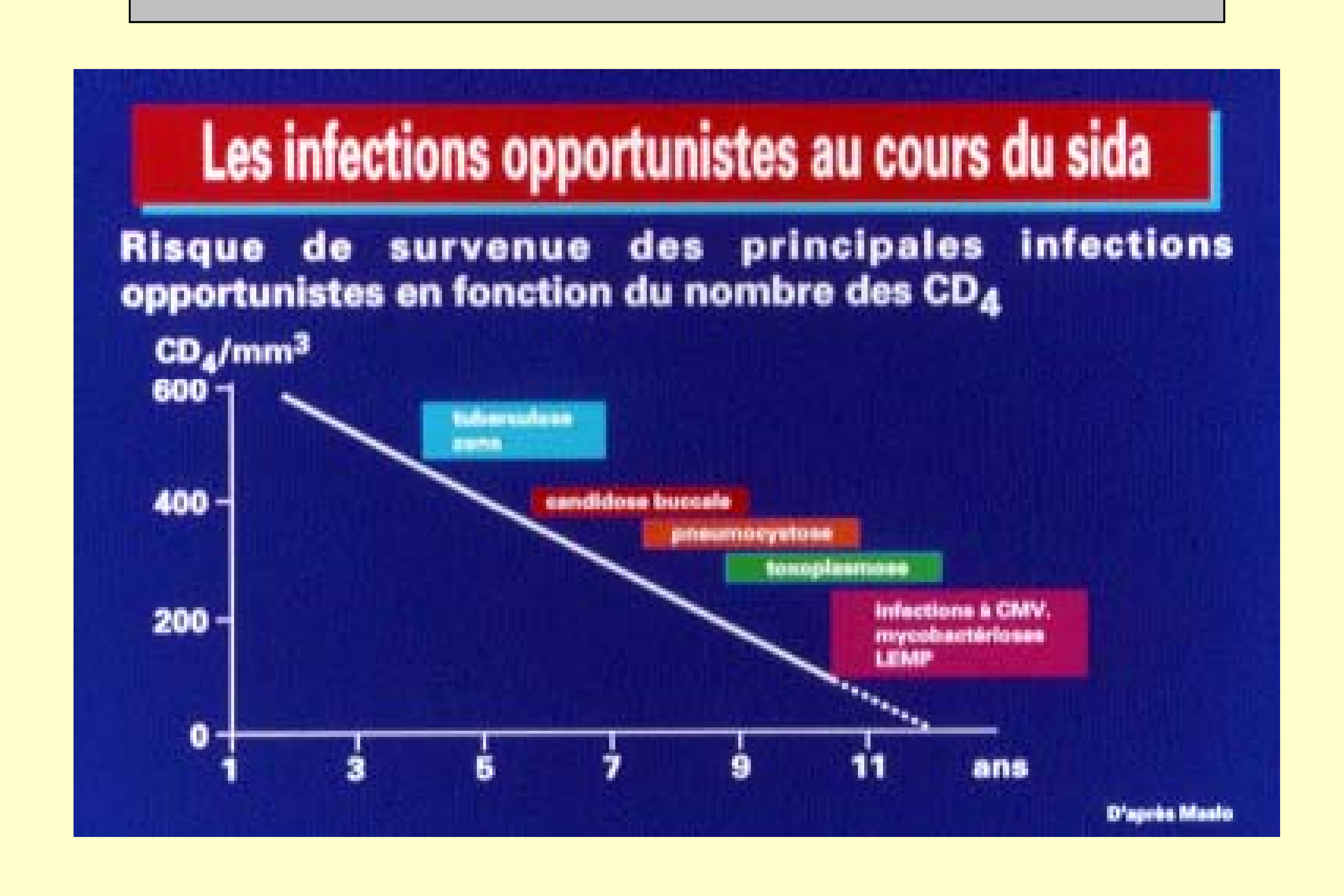

Cerveau
tissu
nerveux
Cellule
dendritique
Sang/ganglions
Lymphocytes
Monocytes
Peau
Cellule de
Langerhans

VIROLOGIE

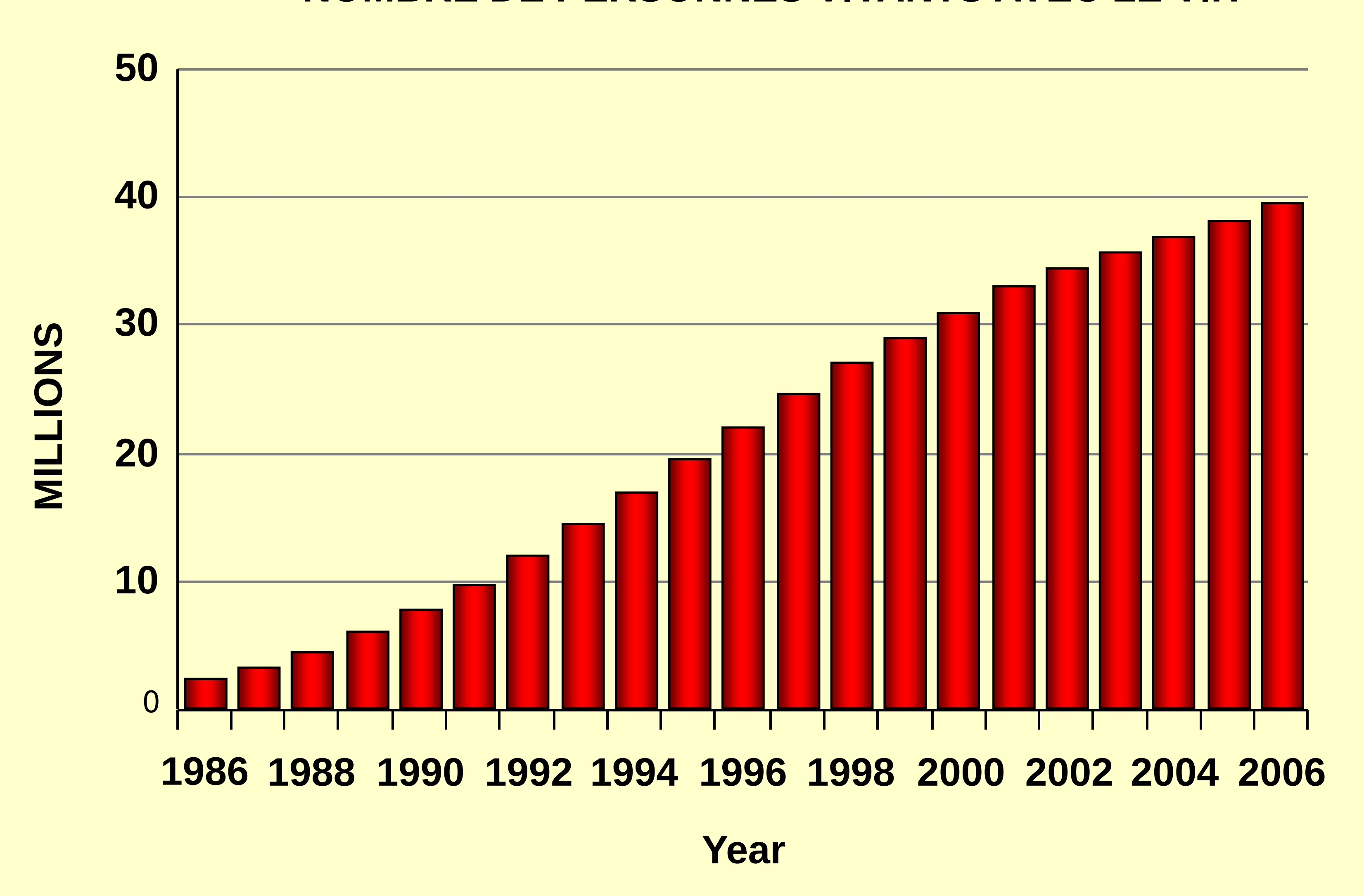


nombre de variants
Contrôle par le système immunitaire
Mutants d'echappement (boucle V3)
Destruction progressive des lymphocytes T
tropisme lymphocytaire (SI)
débordement du système immunitaire
Nombre de variants
tropisme monocytaire (NSI)
Charge Virale
Primo infection
Phase asymptomatique
S.C.A.

VIROLOGIE


Les infections opportunistes au cours du sida
Risque de survenue des principales infections opportunistes en fonction du nombre des CD_4
CD_4/mm^3
600
400
200
0
1
3
5
7
9
11
ans
tuberculose
zona
candidose buccale
pneumocystose
toxoplasmose
infections à CMV,
mycobactérioses
LEMP
D'après Maslo

EPIDEMIOLOGIE

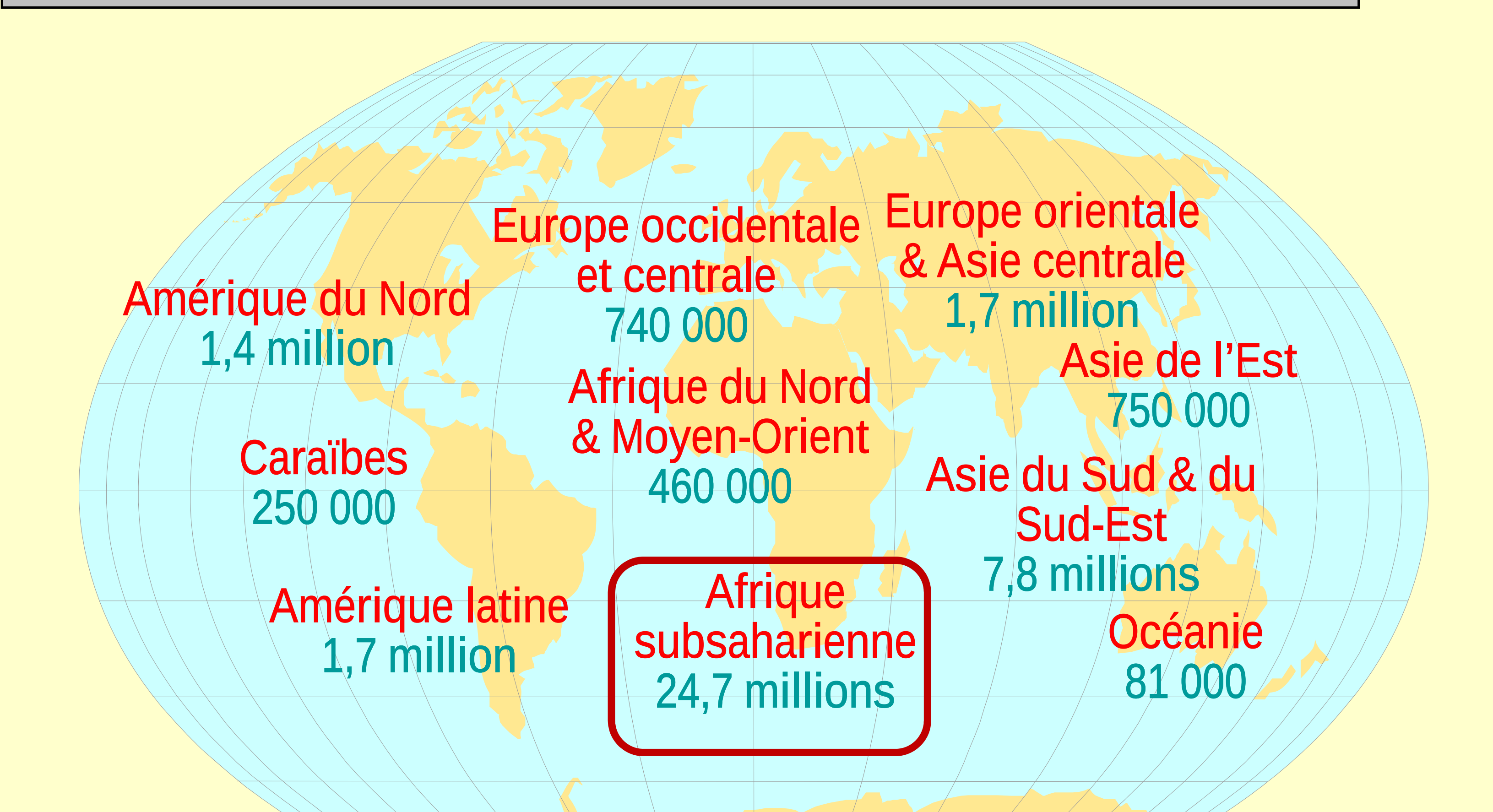


EPIDEMIOLOGIE

SITUATION MONDIALE DE L'EPIDEMIE VIH/SIDA EN 2006

Nombre de personnes vivants	**39,5 millions**
Adultes	37,2 millions
Femmes	17,7 millions
Nouveaux cas en 2006	4,3 millions
Décès dus au SIDA en 2006	2,9 millions

EPIDEMIOLOGIE



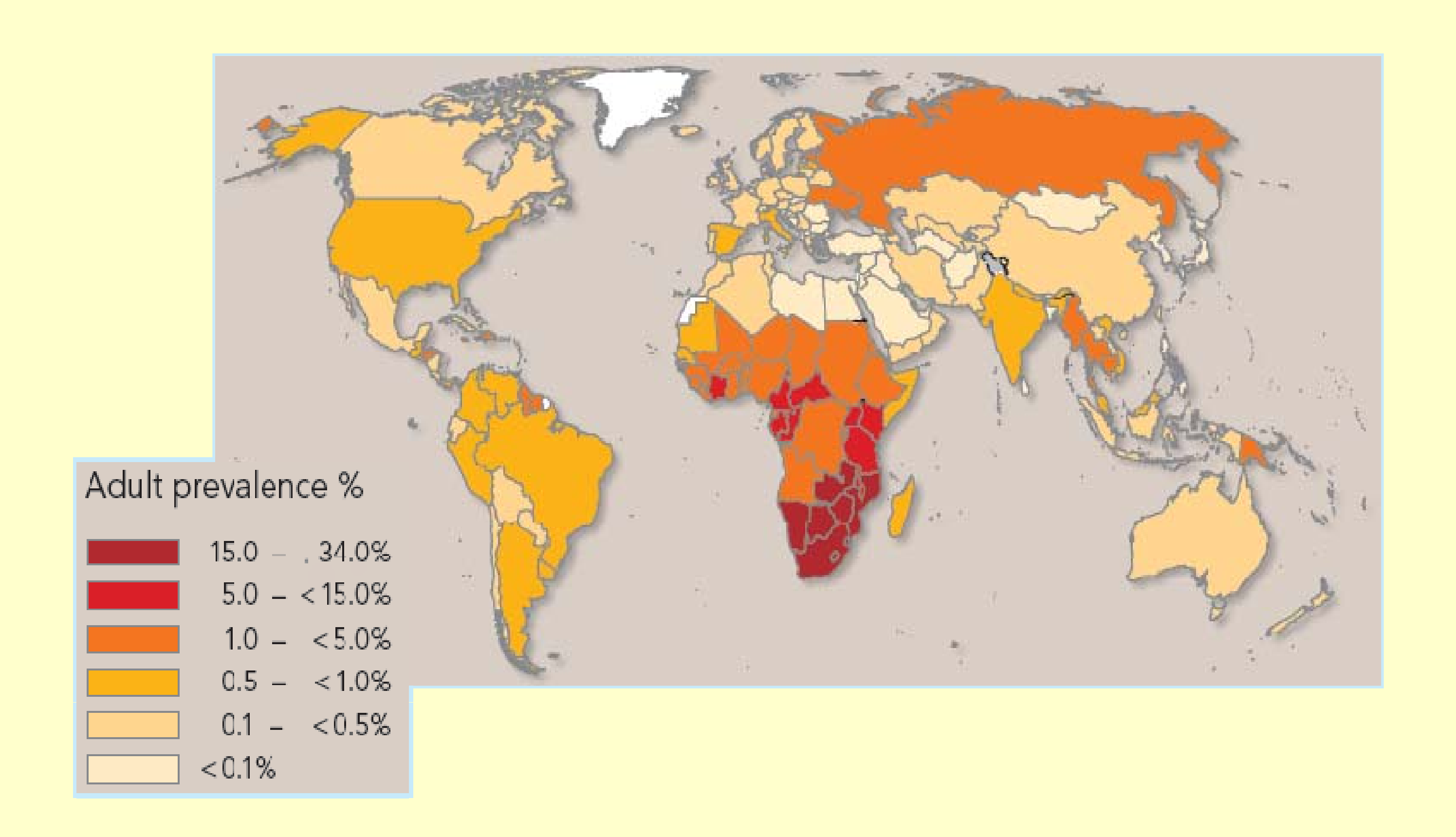
ADULTES ET ENFANTS VIVANTS AVEC LE VIH EN 2006

World Health Organization

EPIDEMIOLOGIE

A global view of HIV infection

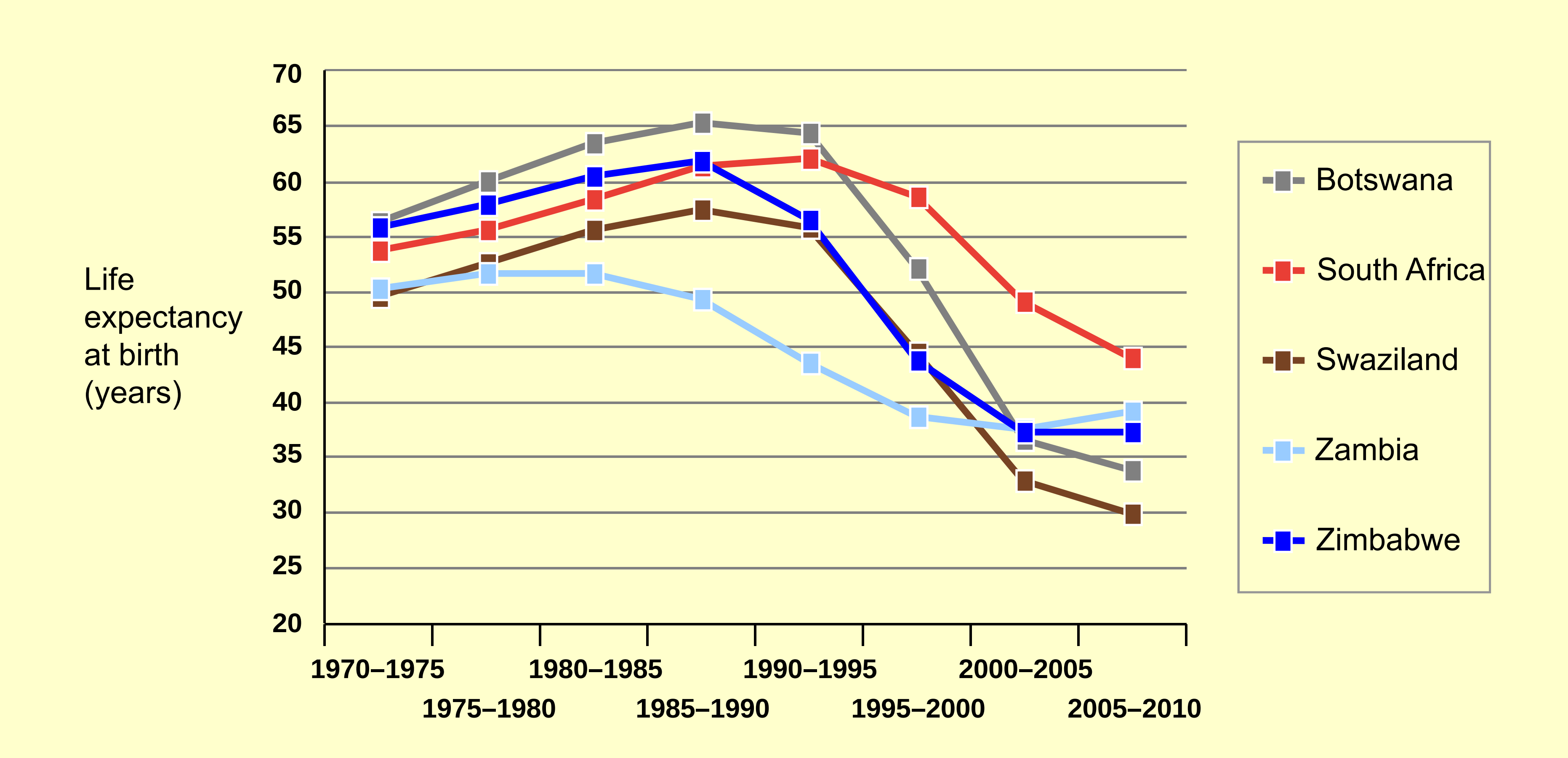
38.6 million people [33.4 -46.0 million] living with HIV, 2005



EPIDEMIOLOGIE

- **Epicentre mondial de l 'épidémie : Afrique subsaharienne**
- **Le SIDA est la 1ère cause de mortalité** devant la tuberculose
- **4 pays ont plus de 20 % de séropositifs** parmi les adultes : Mozambique, Tanzanie, Zimbabwe, Zambie
- **Toute l 'Afrique de l 'Est est fortement touchée**
  - 12,2 millions de femmes contaminées
  - 10,1 millions d 'hommes contaminés

Impact of AIDS on life expectancy in 5 African countries 1970–2010



Source: United Nations Population Division (2004). World Population Prospects: The 2004 Revision, database.

EPIDEMIOLOGIE

- **2010** : 2,7 millions de personnes nouvellement infectées dans le monde
- **Depuis 2001** : l'incidence annuelle du VIH a baissé dans 33 pays, dont 22 en Afrique subsaharienne.
- En revanche, elle remonte à nouveau en Europe orientale et en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

EPIDEMIOLOGIE

- Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, la mortalité liée au sida a aussi augmenté de 60% (de 22 000 à 35 000).

Tableau 1.1 **Indicateurs clés concernant l'épidémie d'infection à VIH, de 2002 à 2010**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de personnes vivant avec le VIH (en millions)	29.5 [27.7-31.7]	30.2 [28.4-32.1]	30.7 [28.8-32.5]	31.0 [29.2-32.7]	31.4 [29.6-33.0]	31.8 [29.9-33.3]	32.3 [30.4-33.8]	32.9 [31.0-34.4]	34.0 [31.6-35.2]
Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH (en millions)	3.1 [3.0-3.3]	3.0 [2.8-3.1]	2.9 [2.7-3.0]	2.8 [2.6-3.0]	2.8 [2.6-2.9]	2.7 [2.5-2.9]	2.7 [2.5-2.9]	2.7 [2.5-2.9]	2.7 [2.4-2.9]
Nombre de personnes décédées de causes liées au sida (en millions)	2.0 [1.8-2.3]	2.1 [1.9-2.4]	2.2 [2.0-2.5]	2.2 [2.1-2.5]	2.2 [2.1-2.4]	2.1 [2.0-2.3]	2.0 [1.9-2.2]	1.9 [1.7-2.1]	1.8 [1.6-1.9]
% de femmes enceintes ayant fait un dépistage du VIH[a]				8%	13%	15%	21%	26%	35%
Nombre de structures fournissant un traitement antirétroviral[a]						7 700	12 400	18 600	22 400
Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral[a]	300 000	400 000	700 000	1 330 000	2 034 000	2 970 000	4 053 000	5 255 000	6 650 000
Nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral[a]				71 500	125 700	196 700	275 400	354 600	456 000
Couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (%)[a]			9 %[b]	14 %[b]	23 %[b]	33 %[b]	43 %[b]	48 %[b]	48 %[c]

MODES DE TRANSMISSION

- **VIH : Fragile hors de l'organisme**.
- Le virus est retrouvé dans tous les liquides biologiques des personnes infectées : **sperme**, **sécrétions vaginales**, **sang +++**, **lait** ; en faible quantité : larmes, salive, urine.
- Porte d'entrée : Contact avec une muqueuse
  Contact direct avec une plaie
  Passage direct dans le sang
  (piqûre, transfusion, verticale)

MODES DE TRANSMISSION

LES SEULES VOIES DE TRANSMISSIONS

- SEXUELLES
- SANGUINES
- MATERNO-FŒTALES

MODES DE TRANSMISSION

AUCUNE TRANSMISSION PAR LES GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

- Toucher ;
- Ustensiles de cuisine ;
- Toilettes ;
- Bains ;
- Vêtements ;
- Piqûres d'insectes.

MODES DE TRANSMISSION

Vie avec une personne séropositive

- aucun risque dans les contacts usuels
- pas de mesures particulières pour le linge, la vaisselle
- prudence si présence de sang, linge souillé
- pas de partage du thermomètre, du rasoir, de la brosse à dents
- rapports protégés +++
- consultation en cas d'exposition sexuelle ou sanguine

MODES DE TRANSMISSION

VOIE SEXUELLE

- Tout rapport sexuel non protégé quelque soit sa nature risque d’être contaminant (0,2%).
- **Un seul rapport non protégé avec un partenaire infecté peut transmettre la maladie.**
- Le risque augmente en cas de :
  - Partenaires multiples.
  - Partenaires à un stade avancé.
  - Période de règle.
  - Rapports ano-génitaux.
  - Viol.
  - Présence d’autres infections génitales.

MODES DE TRANSMISSION

VOIE SEXUELLE

A l'origine de 80 % des cas

- Rapport réceptif : 0.5 - 3 %
- Rapport insertif : 0.01 - 0.18 %

- Rapport buccogénital réceptif : 0.03 %
- Rapport vaginal :

  homme - femme : 0.15 %

  Femme - homme : 0.09 %

MODES DE TRANSMISSION

Relative Risk^	Sexual Activity (without condom use*)
Highest Risk	Receptive anal intercourse
	Receptive vaginal intercourse
	Insertive anal intercourse
	Insertive vaginal intercourse
	Receptive oral sex
Lowest Risk	Insertive oral sex

^Other factors, such as the HIV-infected person's HIV RNA level and the presence or absence of a current sexually transmitted disease may also affect the risk of HIV transmission.

*Consistent condom use is associated with an approximate 20-fold decrease in the risk of HIV transmission.

MODES DE TRANSMISSION

VOIE SEXUELLE

- Facteurs de risque :

  Charge virale : primo infection, stade SIDA,

  IST : risque X 3 à 7

  Règles : risque X 3.4

  Saignement : risque X 5 (rapports violents)

MODES DE TRANSMISSION

TRANSMISSION SANGUINE

- **Transfusion de sang :**
  - **En Tunisie : dépistage systématique chez les donneurs de sang et d'organe depuis 1987.**
  - Risque résiduel extrêmement faible = 1/1 million **(période de séro-conversion).**
- **Toxicomanie par voie intraveineuse** avec échange de seringues.
- **Blessure par un objet souillé** :
  - Personnel de santé (**risque = 0,3%**).
- **Échange de matériels contaminés** : brosse à dents, rasoirs, tatouage….

MODES DE TRANSMISSION

TRANSMISSION MATRENO-FOETALE

- **Risque de transmission mère-NN : 20 à 50%**
- Risque est plus important
  - Au cours de l'accouchement (75%) que pendant la grossesse.
  - En cas de stade avancé de la maladie.
  - En cas d'absence de traitement chez la mère.
- **Le risque est de 1 à 2 % si césarienne et traitement**.
- Risque de **transmission par l'allaitement : 30%.**

EN TUNISIE

- 1er cas : Décembre 1985.
- Taux de prévalence : 1/10 000 habitants.
- De 1985 à 2011 :
  - Nombre cumulatif ≈ 1700 cas
  - Hommes : 69%
  - Femmes : 24%
  - Enfants : 7%
  - Décédés : 540
- Vivants : 1106

EN TUNISIE

- Stade de SIDA maladie : 60 %
- **Progression annuelle stable** : 70 cas.
- Tranches d'âges 20 – 39 ans : 66 %.

Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité

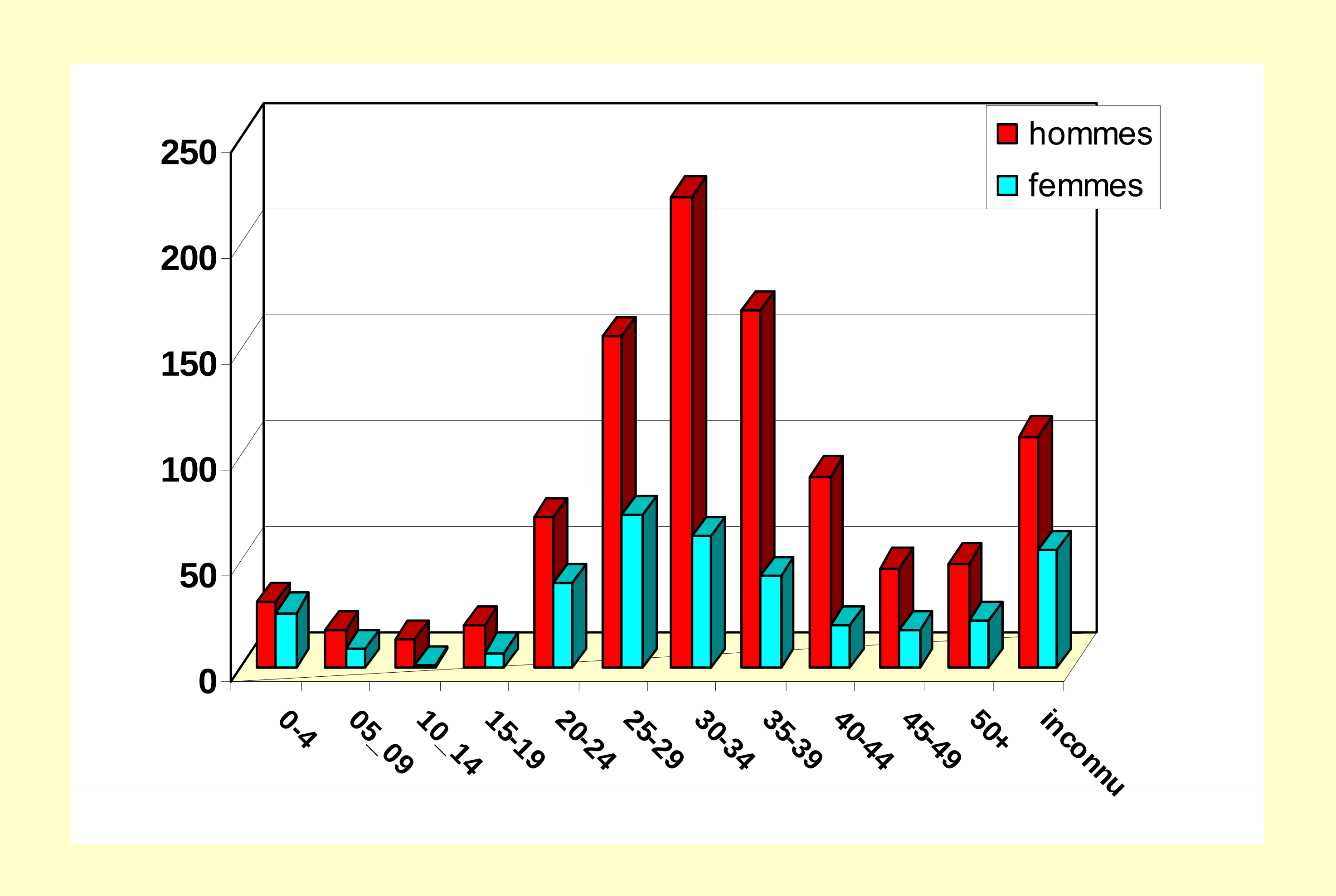
	non précisé	sida	sympt. non sida	asymptomatique	primo infection

Données au 31/03/2007, redressées pour les délais de déclaration mais non corrigées pour la sous déclaration



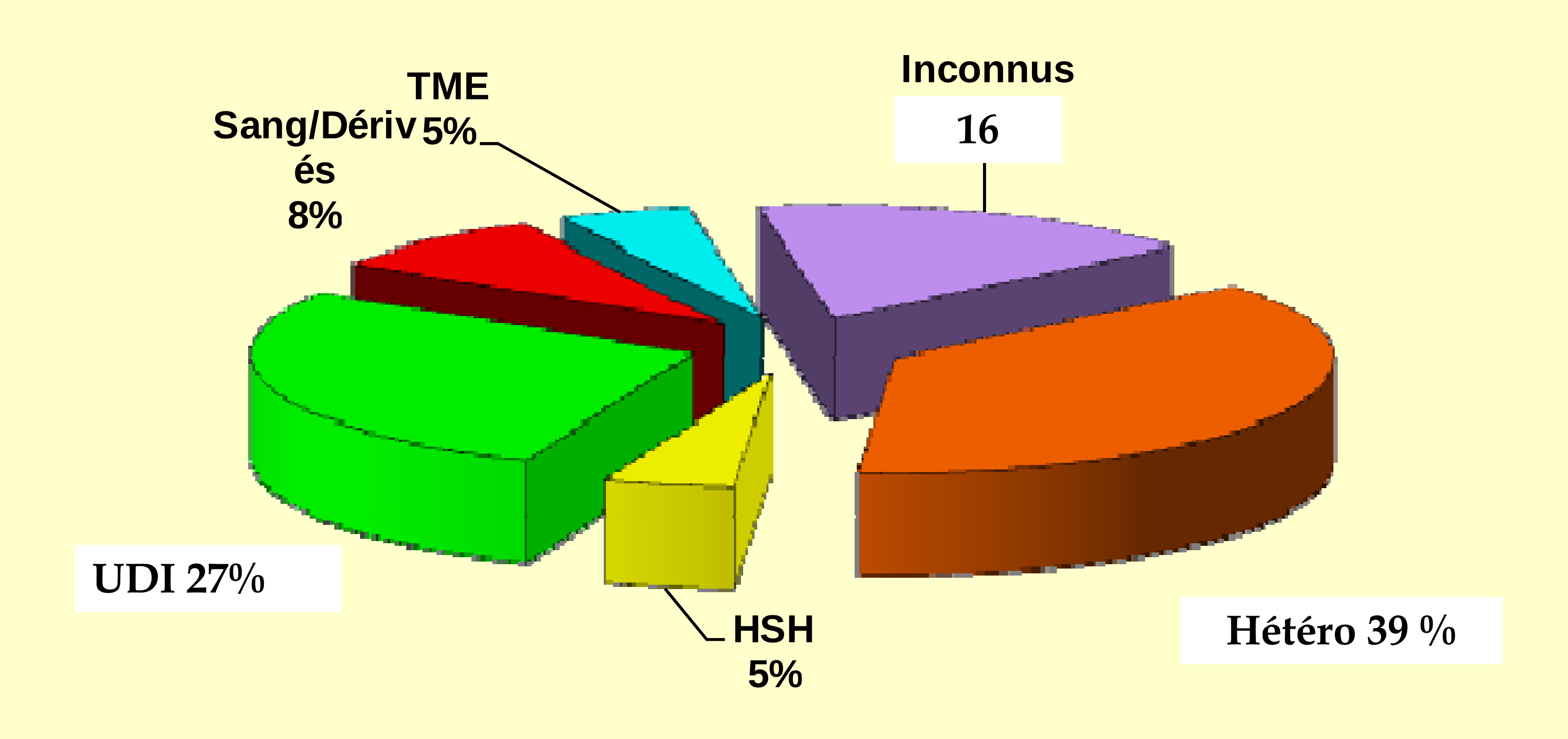
EN TUNISIE

REPARTITION PAR AGE ET SEXE 1986-2007



EN TUNISIE

Mode de transmission 1986-2006



DIAGNOSTIC

- **Sérologie [ELISA] : Dépistage.**
- **Western blot : Confirmation**.
- **Si la sérologie [ELISA] est négative : A refaire après 3 mois**.
- La sérologie n'est pratiquée qu'après **l'accord du malade** sauf en cas de don de sang ou d'organe.
- **Gratuite est anonyme.**

ETUDE CLINIQUE

EVOLUTION NATURELLE

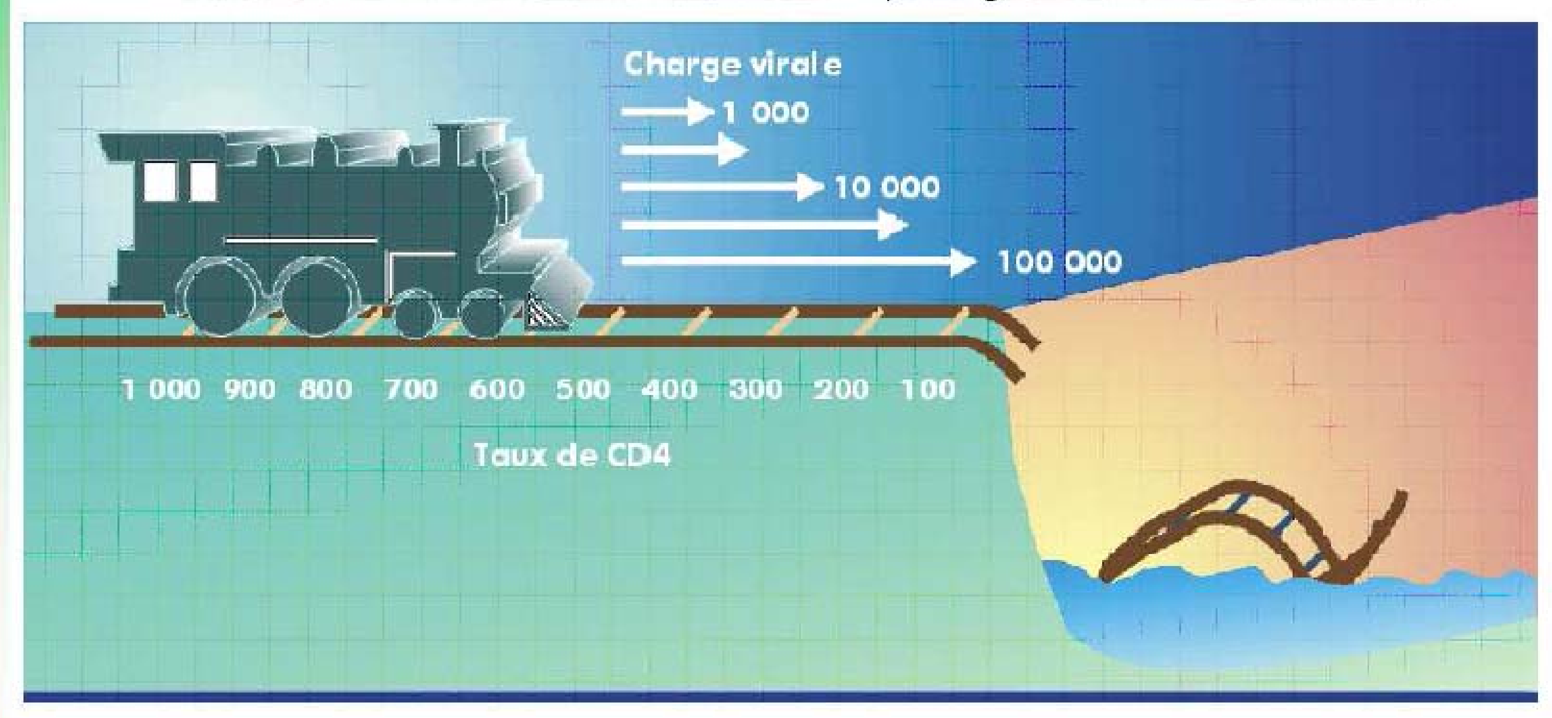
- **Primo-infection**
  - souvent asymptomatique
  - fièvre, adénopathies, syndrome mononucléosique, etc.
  - séroconversion (anticorps) : 4 à 8 semaines
- **Phase asymptomatique (stade A)**
  - ± Adénopathies
- **Phase symptomatique (« A.R.C. ») (stade B)**
  - Altération de l ’état général
  - Infections opportunistes mineures
- **SIDA (stade C)**
  - Infection opportuniste majeure
  - Cancer (Kaposi, lymphome)
  - Cachexie
  - Encéphalopathie (démence)

ETUDE CLINIQUE

Histoire naturelle de l'infection par le VIH

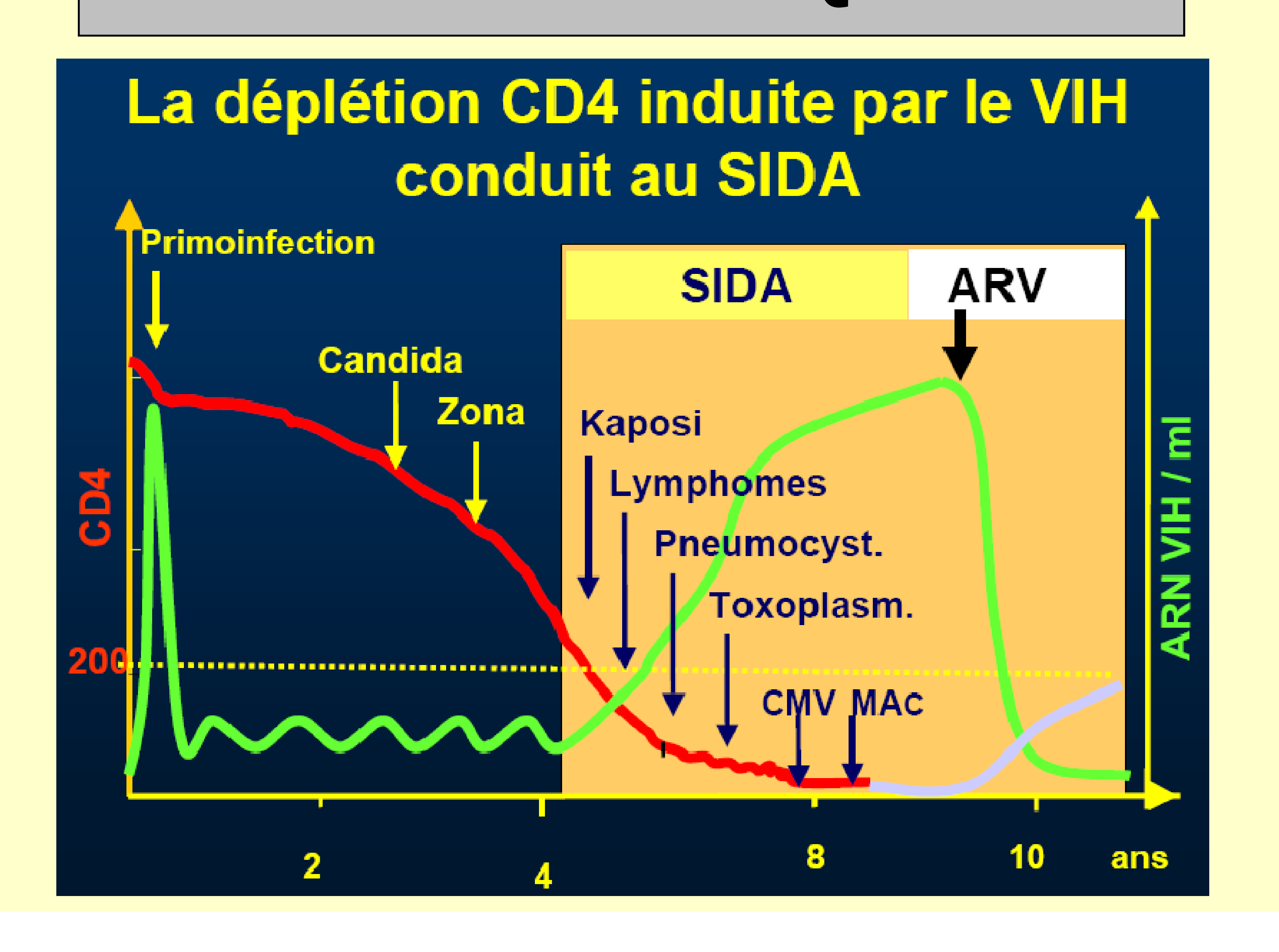
Deux paramètres différents :

- Charge virale : vitesse d'évolution = plus faible sous traitement
- Taux de CD4 : distance du terme = plus grande sous traitement



D'après Coffin T. La Lettre de l'Infectiologue 1996 ; XI, 14 : 406-9

ETUDE CLINIQUE



ETUDE CLINIQUE

Classification clinique de l'infection par le VIH pour les adultes et les adolescents (*CDC – 1993*)

❑ STADE A

Infection par le VIH asymptomatique
Primo-infection symptomatique
Lymphadénopathie persistante généralisée

❑ STADE B

Manifestations cliniques ne faisant pas partie de la catégorie C et :

- liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire
- ayant une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée

❑ STADE C

SIDA de l'adulte :

- infections opportunistes
- syndrome cachectique
- encéphalopathie / VIH
- néoplasies : cancer du col invasif ; sarcome de Kaposi ; lymphomes

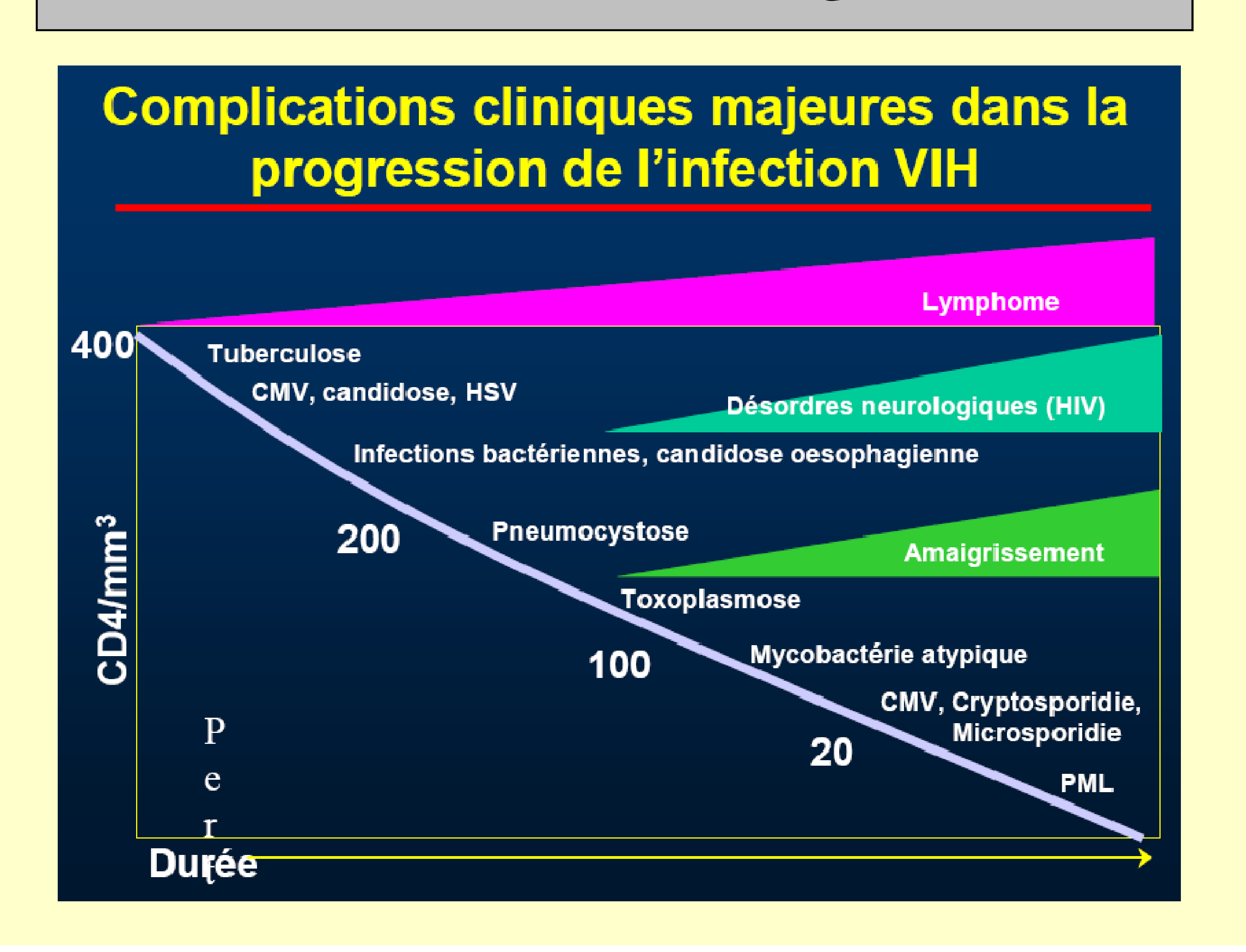
ETUDE CLINIQUE

Classification de l'infection par le VIH pour les adultes et les adolescents (*CDC – 1993*)

Nombre de lymphocytes CD4/mm³ (% : pourcentage de CD4 par rapport aux lymphocytes totaux)	Stade A asymptomatique, primo-infection ou polyadénopathie	Stade B symptomatique, sans critères A ou C	Stade C SIDA
≥ 500 (29 %)	A1	B1	C1
200 - 499 (14-28 %)	A2	B2	C2
< 200 (< 14 %)	A3	B3	C3

- (motif hachuré) Définition du SIDA (OMS/CDC 1987 + 3 pathologies : tuberculose pulmonaire, pneumonie bactérienne récurrente, cancer invasif du col utérin). Utilisée en France
- (vert) Définition du SIDA (CDC 1993). Utilisée aux USA

ETUDE CLINIQUE



ETUDE CLINIQUE



ETUDE CLINIQUE



ETUDE CLINIQUE



ETUDE CLINIQUE



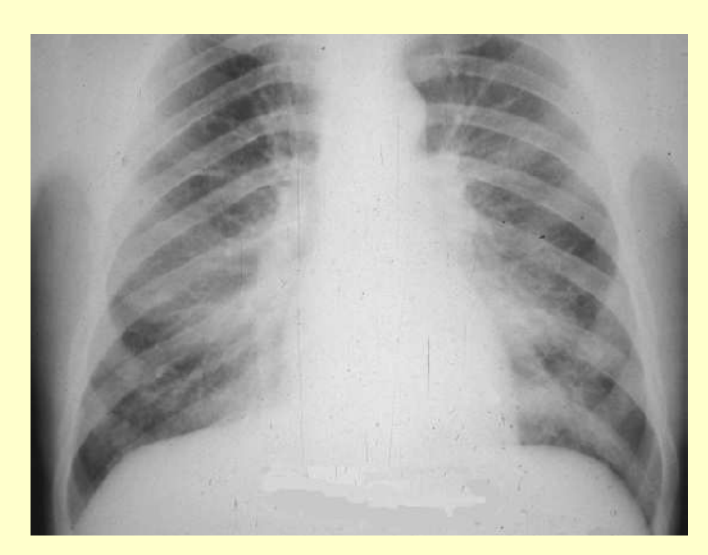


ETUDE CLINIQUE

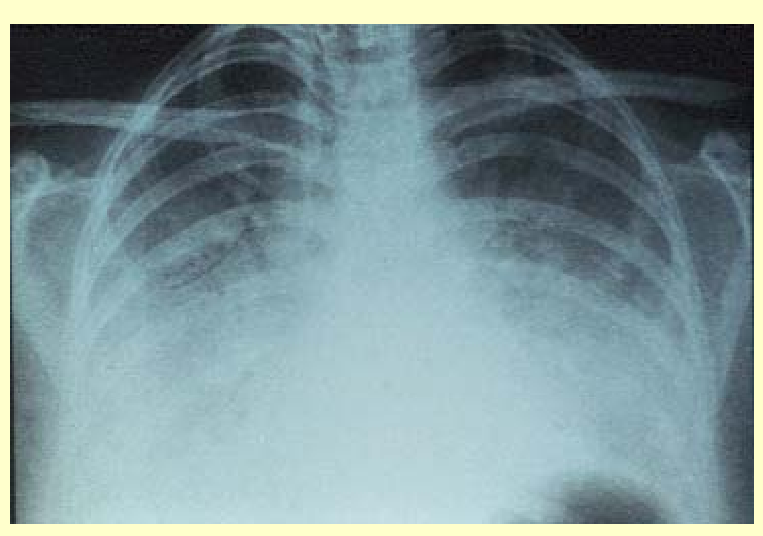


ETUDE CLINIQUE

Pneumocystose



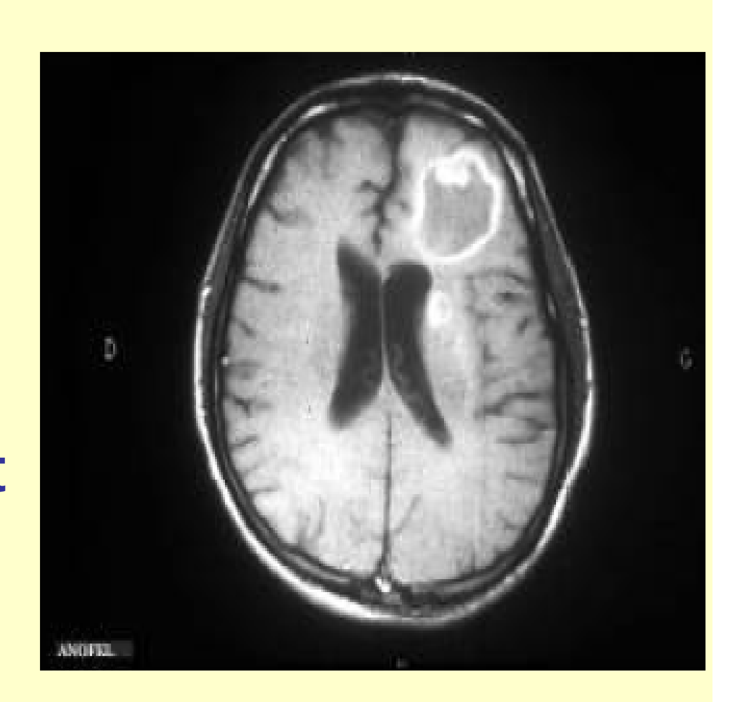
- *Pneumocystis jiroveci*
- Toux sèche dyspnée
- Auscultation normale
- Hypoxie
- Pneumopathie interstitielle
- Images interstitielles bilatérales
- Mise en évidence du parasite sur crachats induits ou LBA



ETUDE CLINIQUE

Toxoplasmose cérébrale

- Clinique, fièvre, troubles neurologiques,
- Absence de prophylaxie,
- Sérologie toxoplasmose négative (!)
- **Imagerie : TDM ± IRM**
- Évolution favorable **sous traitement** (2-4 j)
- Diagnostic précoce possible par PCR/LCR
- 1er diagnostic différentiel : LYMPHOME



ETUDE CLINIQUE







TRAITEMENT

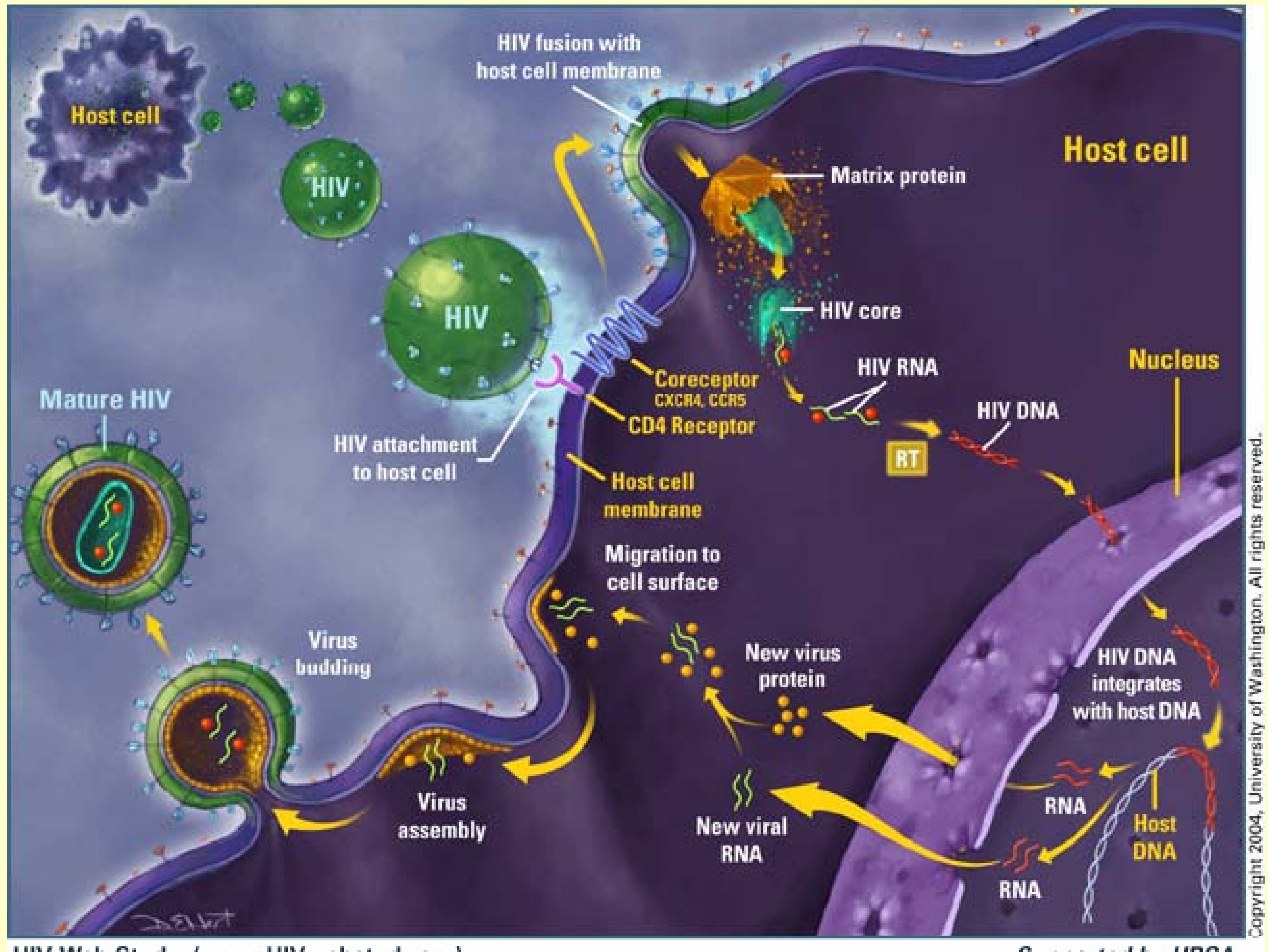
- Disponible en Tunisie
- Gratuit +++
- TRITHERAPIE
- Prolongation de la survie.
- Amélioration de la qualité de vie.
- Nécessité d'une prise régulière = OBSERVANCE
- Coût de la trithérapie ≈ 500 DT /mois.

Progrès thérapeutiques

Les bonnes nouvelles

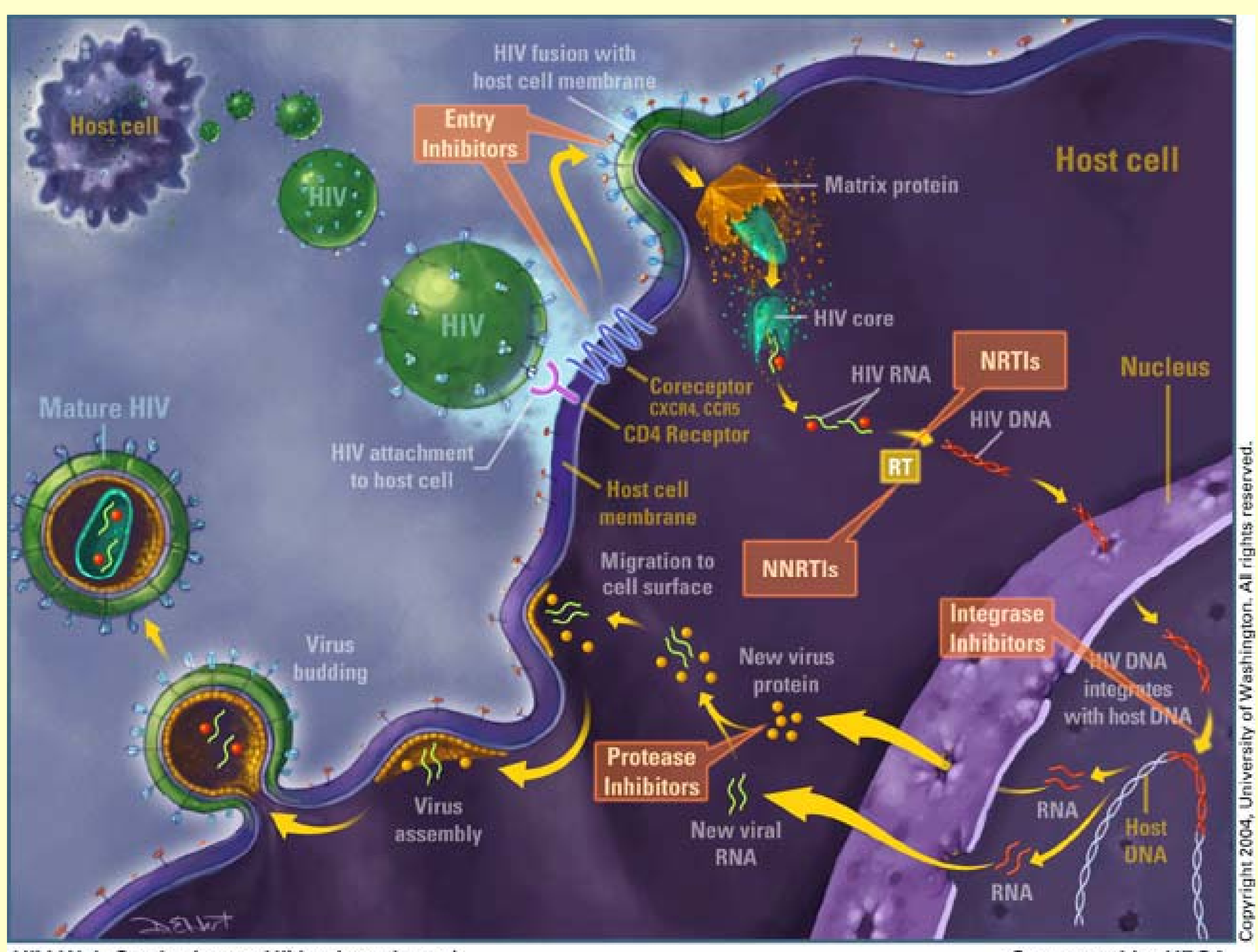
- Les traitements permettent d'envisager une durée de vie de 20-30 ans et plus

  → nécessité de traiter tous les malades qui en ont besoin
- On sait de mieux en mieux quand traiter :
  - Pas trop tard : avant la destruction du système immunitaire
  - Pas trop tôt : exposition inutile au traitement



CYCLE DE REPLICATION DU VIH

THERAPEUTIQUE



Progrès thérapeutiques

Les bonnes nouvelles

- Sur le plan thérapeutique : 5 familles disponibles

INTI	INNTI	IP	IE	Anti intégrase

- Les traitements ont évolué : simplification, traitements combinés, traitements en monoprise

Progrès thérapeutiques

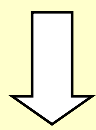
Les moins bonnes nouvelles

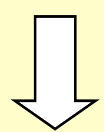
- Peu de chance d'éradiquer le virus de l'organisme avec les stratégies actuelles
  → traitement à vie nécessaire
- Ces traitements efficaces ont des inconvénients parfois majeurs au long cours :
  - Il faut comprendre leur mécanisme
  - Il faut essayer de prévenir leur apparition
  - Il faut mettre au point des molécules dépourvues de ces effets

Pourquoi traiter le VIH ?

Réduire la production

1-10 milliards de virus

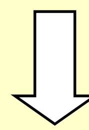




Réduire le risque de transmission

- Restaurer l’immunité

- Prévenir la détérioration du système immunitaire



Prévenir la progression de la maladie : VIH, IO, décès

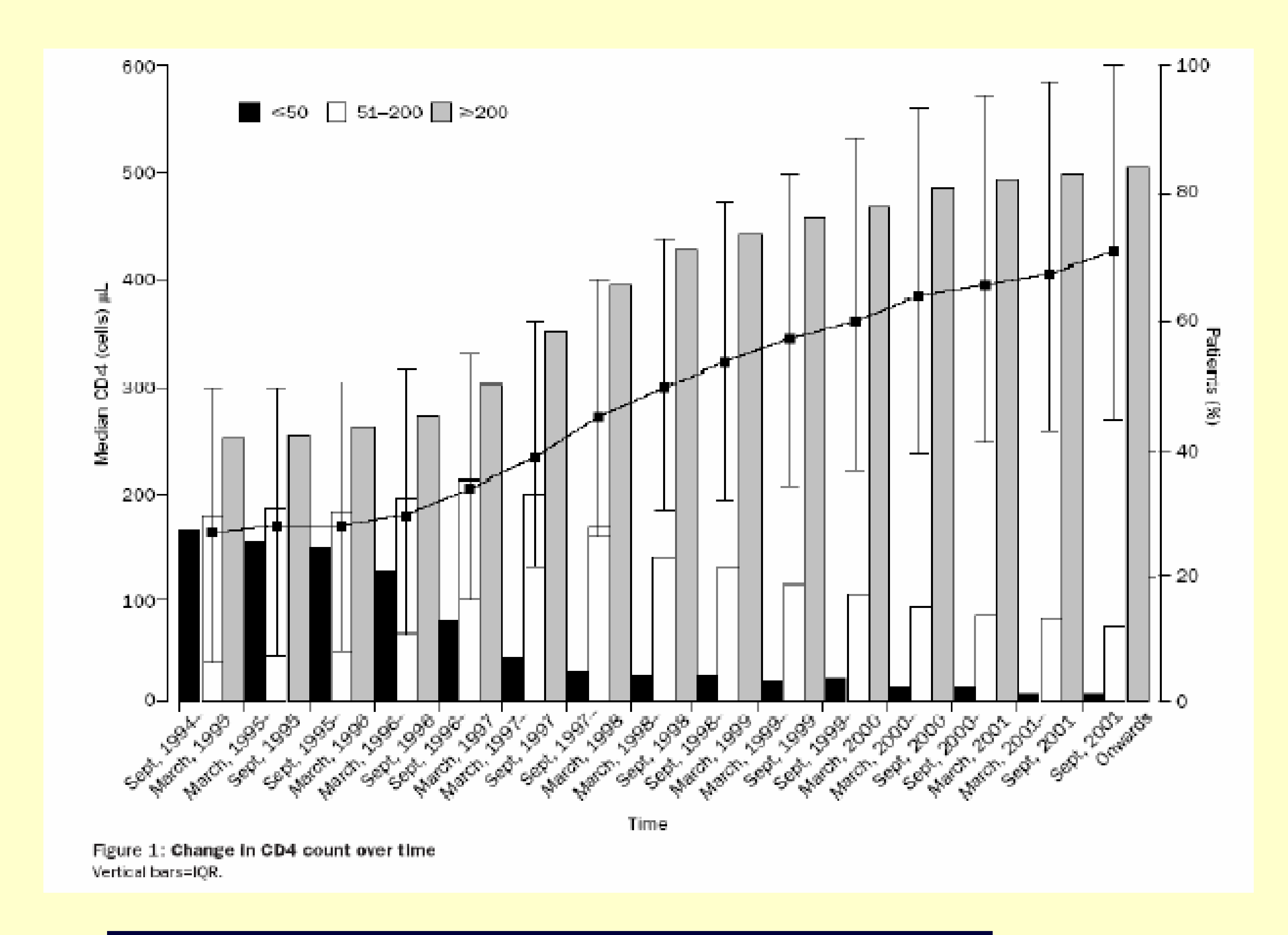
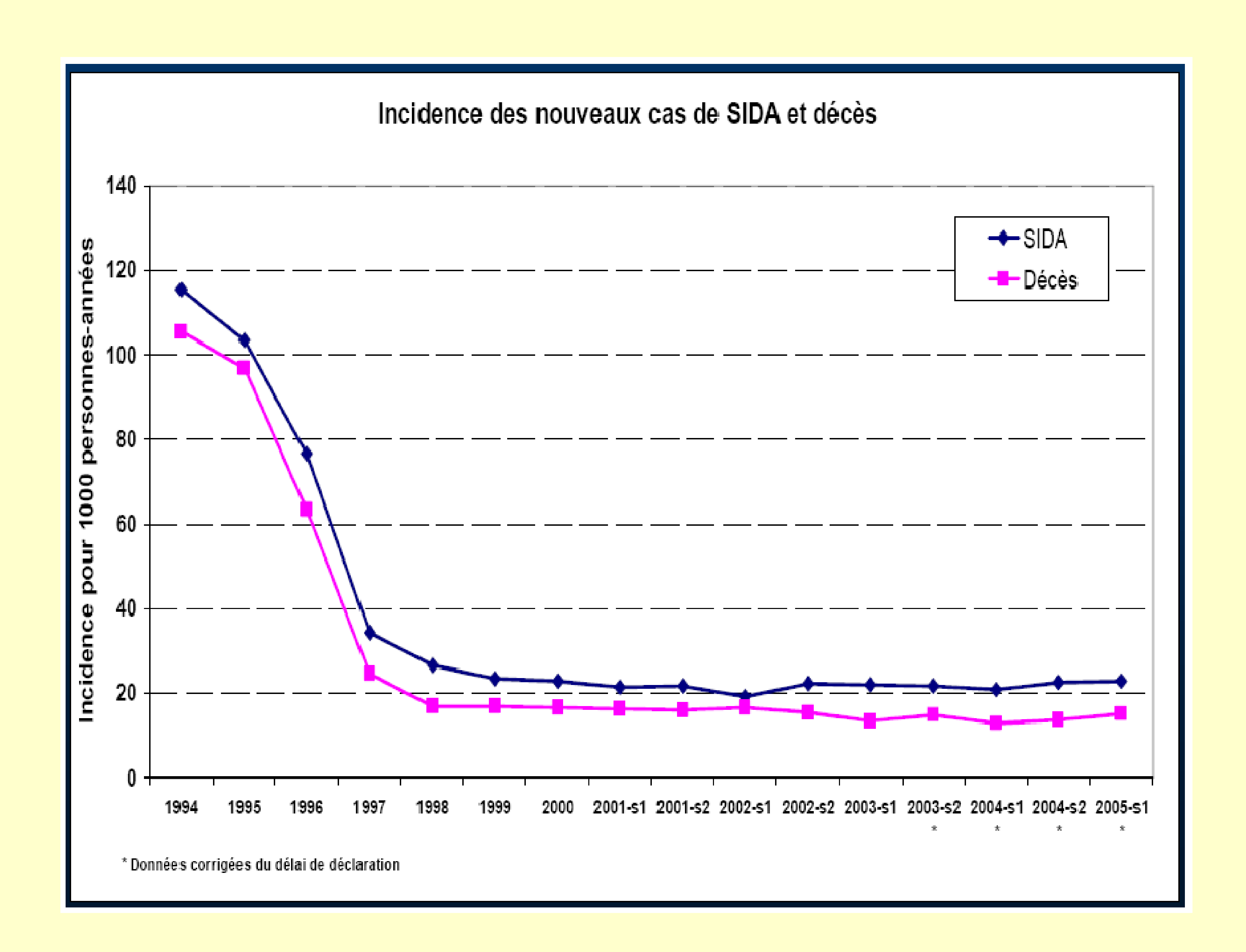
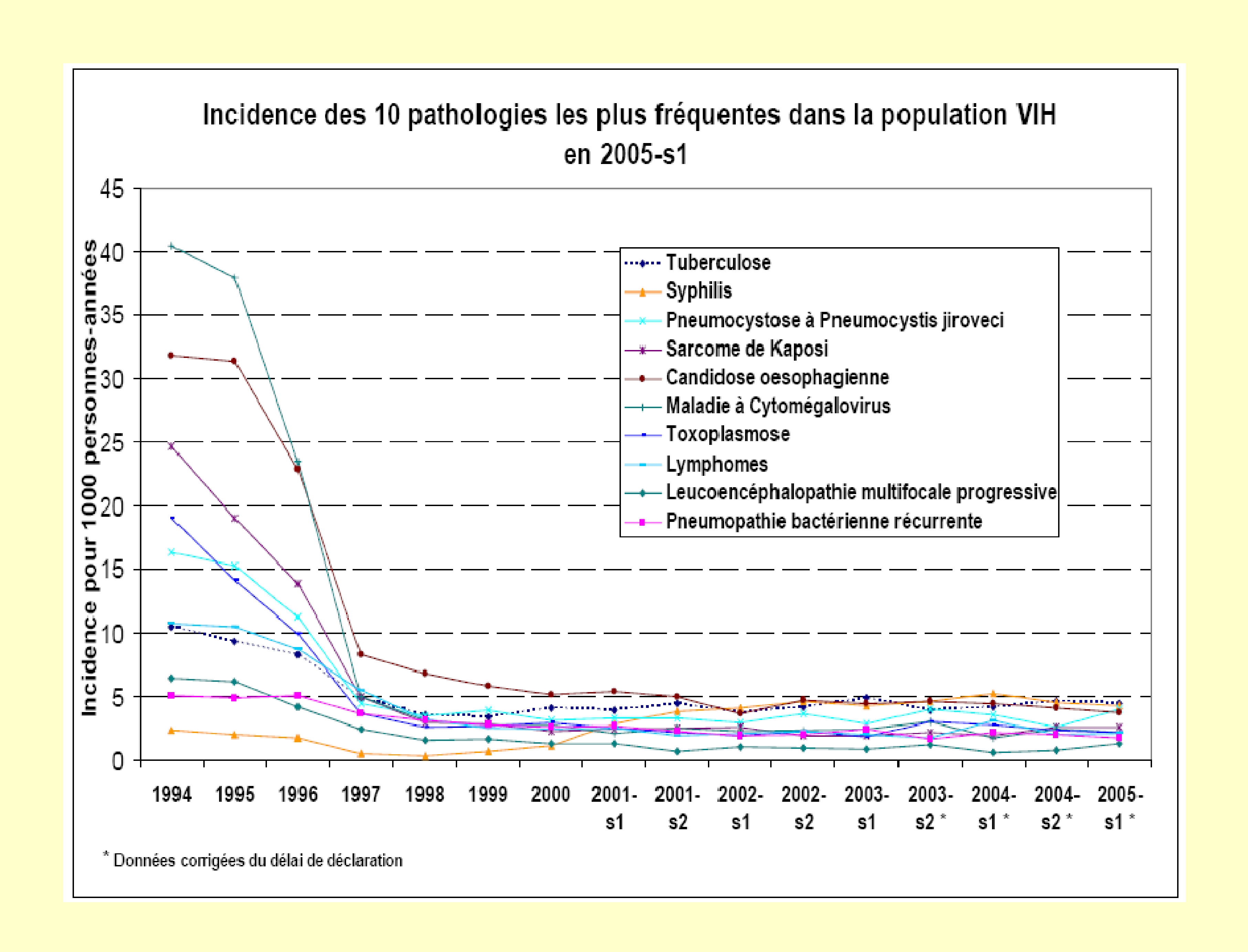


Figure 1: **Change in CD4 count over time**
Vertical bars=IQR.

Change in CD4 count overtime

MOCROFT et al Lancet 2003


Incidence des nouveaux cas de SIDA et décès
Incidence pour 1000 personnes-années
140
120
100
80
60
40
20
0
SIDA
Décès
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001-s1
2001-s2
2002-s1
2002-s2
2003-s1
2003-s2 *
2004-s1 *
2004-s2 *
2005-s1 *
* Données corrigées du délai de déclaration


Incidence des 10 pathologies les plus fréquentes dans la population VIH
en 2005-s1
Incidence pour 1000 personnes-années
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
Tuberculose
Syphilis
Pneumocystose à Pneumocystis jiroveci
Sarcome de Kaposi
Candidose oesophagienne
Maladie à Cytomégalovirus
Toxoplasmose
Lymphomes
Leucoencéphalopathie multifocale progressive
Pneumopathie bactérienne récurrente
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001-s1
2001-s2
2002-s1
2002-s2
2003-s1
2003-s2 *
2004-s1 *
2004-s2 *
2005-s1 *
* Données corrigées du délai de déclaration

Objectifs du traitement

Supprimer la réplication

⇩

Suppression maximale

- Seuil de détectabilité plus bas = CV plus basse:
  - Plus bas est le risque de résistance
  - Plus durable est l'efficacité du traitement
  - Meilleure restauration immunitaire (qualité et quantité)

Plus basse est la charge virale ➡ meilleur est le pronostic

Les principales difficultés

- L'accès au traitement
- Les conditions de l'observance thérapeutique (compliance)
- La toxicité à court-moyen terme
  - Hématologique
  - Métabolique
  - Cytopathie mitochondriales…

Indications du traitement antirétroviral

- Les patients **symptomatiques** : quelque soit la valeur des CD4 et de CVP
- Les patients asymptomatiques :
  - CD4 > 500/mm3 : ARV non recommandés sauf situations particulières
  - **CD4 < 350/mm3 (15%)** : OUI
  - CD4 350-500 : possible en fonction du pourcentage, de la pente de décroissance, âge, désir de grossesse

LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL. RECOMMANDATIONS NATIONALES DE PRATIQUE CLINIQUE – 2011

Critères de décision de début du traitement

Patients symptomatiques	* Infection opportuniste * Néoplasie * Affection liée au VIH classant en catégorie C (classification CDC 1993) * Symptômes récidivants de la catégorie B quelque soit le taux des lymphocytes CD4 * Néphropathie liée au VIH * Autre atteinte spécifique d'un organe liée au VIH * Cancer non lié au VIH * Coinfection VHB	Le traitement est recommandé quel que soit le taux des CD4
Patients asymptomatiques	CD4 < 350 /mm³	Le traitement est recommandé quel que soit le niveau de la CVP
	Taux de CD4 compris entre 350 – 500 /mm³ et CVP > 100.000 copies/ml et/ou diminution du taux CD4 > 50-100/mm³/an ou âge > 50 ans ou risque cardio-vasculaire élevé	L'initiation du traitement peut être recommandée
	Taux de CD4 > 500/mm³ : - quel que soit le niveau de la CVP en surveillant le taux de lymphocytes CD4 tout les 3 mois si la CVP est > 100.000 copies/ml. - en cas de présence des co-morbidités mentionnées ci-dessus (CD4+ entre 350-500/mm³).	Le traitement doit être différé Le traitement peut être proposé

Trithérapie de première intention

2 INTI + IP/r ou 2 INTI + INNTI

Trithérapie antirétrovirale			Traitements combinés
Zidovudine [1] Ténofovir [2] Didanosine Abacavir [3]	+ Lamuvidine ou Emtricitabine	Efavirenz ou Lopinavir/r Atazanavir/r [4]	Zidovudine/lamuvidine : Combivir® Abacavir/lamuvidine : Kivexa® Ténofovir/emtricitabine : Truvada ®

[1] En cas d'encéphalite à VIH, préférer une trithérapie à base de AZT + 3TC + IDV/r

[2] En cas d'anémie, préférer le TDF en première intention au lieu de AZT.

[3] En cas de risque cardiovasculaire élevé et de CVP > 100.000 copies/ml, éviter ABC.

[4] Préférer ATZ/r en cas de risque cardiovasculaire élevé, en raison d'un meilleur profil lipidique.

Médicaments et associations non recommandés	
Stavudine	Risque de toxicité mitochondriale très élevée L'association d4T + DDI expose à une toxicité très importante, formellement contre-indiquée chez la femme enceinte et les patients traités par ribavirine
TDF + ABC + 3TC	Défaut de puissance, risque élevé de sélection de mutants résistants
2 INTI en bithérapie	Puissance insuffisante
1 INNTI + 1 IP	Rapport bénéfice/risque non favorable
TDF + DDI	Majoration de la toxicité mitochondriale
D4T + 3TC et AZT + DDI	Absence d'avantages
D4T + AZT	Association antagoniste

Quel traitement antirétroviral ?

Molécules disponibles

DCI	Zidovudine (AZT)	Didanosine (ddI)	Stavudine (d4T)	Lamivudine (3TC*)	Abacavir (ABC)	Tenofovir (TDF)
Nom commercial	Retrovir©	Videx©	Zerit©	Epivir®	Ziagen©	Viread©
Présentation	Gel à 100, 250 et 300 mg Solution IV ou p.o. à 10 mg/ml	Cp soluble 25, 50, 100, 150 mg, Gel 250 et 400 mg	Gel 15, 20, 30, 40 mg Solution p.o. à 1 mg/ml	Cp 150 et 300 mg Solution p.o. à 10 mg/ml	Cp à 300 mg	Cp à 300 mg
Posologie adulte quotidienne	300 mg × 2	250 mg si < 60 kg, 400 mg sinon. Une prise A JEUN	30 à 40 mg × 2	150 mg × 2 ou 300 mg × 1 Adapté à la fonction rénale	300 mg × 2	300 mg × 1
Principaux effets secondaires	Hématologique (neutropénie, anémie) Nausées Myopathies	Diarrhée Pancréatite Neuropathie Acidose lactique	Pancréatite Neuropathie Stéatose Acidose lactique	Anémie Neutropénie Nausées	Hypersensibilité (3-5 %) Pas de ré-introduction	Tubulopathie Hypo-phosphorémie

Quel traitement antirétroviral ?

Molécules disponibles

DCI	Nevirapine	Efavirenz
	(NVP)	(EFV)
Nom commercial	Viramune©	Sustiva©
Présentation	Cp à 200 mg	Gél à 50, 100, 200 et 600 mg
	Solution p.o à 10 mg/ml	Solution p.o. à 30 mg/ml
Posologie adulte	200 mg/j pendant 14 jours puis 200 × 2 ou 400 × 1/j	600 mg × 1 au coucher
Effets secondaires	Éruption cutanées	Éruptions cutanées
	Hépatites parfois fulminantes Cytolyse	Troubles neurosensoriels parfois d'apparition très tardive Cytolyse

Quel traitement antirétroviral ?

Molécules disponibles

DCI	indinavir	saquinavir-HGC	nelfinavir	amprénavir	lopinavir/rito*	atazanavir	fos-amprénavir
Nom commercial	Crixivan©	Invirase©	Viracept©	Agénérase©	Kaletra©	Reyataz©	Telzir©
Présentation	Gel 200 et 400 mg	Gel 200 mg	Cp 250 mg Poudre 50 mg/g	Cp à 150 Solution 15 mg/ml	Cp 133/33 mg sol à 400 mg/100 mg par 5 ml	Gel 150, 200 mg	Gel 700 mg
Posologie adulte	800 mg × 3 ou 400 à 800 × 2 si associé au ritonavir	800 mg × 2 associé au ritonavir	1 250 mg × 2	1 200 mg × 2 ou 600 mg × 2 si associé au ritonavir	lopi 400 + rito 100 mg × 2 soit 3 gélules matin et soir	300 mg × 1 associé à 100 mg de ritonavir	700 mg × 2 associé à 100 mg de ritonavir × 2
Contraintes alimentaires	Apport hydrique de 1 500 ml par prise	Repas riche en graisse		Éviter les repas gras		Séparé de la ddI par 2 heures	
Effets indésirables particuliers	Diarrhée, nausées, Colique nephrétique, anémie hémolytique, hyperinsulinisme	Diarrhée, nausées, élévation des CPK, troubles glucido-lipidiques	Diarrhée	Diarrhée, nausées, rash cutané	Diarrhée, nausées, hypertriglycéridémie, hypercholestérolémie, rash cutané	Hyperbilirubinémie réversible à l'arrêt du traitement	Diarrhée, nausées.

DCI	Formulation	Posologie
Combivir (AZT + 3TC)	Comprimés à 300 + 150 mg	Un comprimé bid
Kivexa (ABC + 3TC)	Comprimés à 600 + 300 mg	Un comprimé qd
Truvada (TDF + FTC)	Comprimés à 300 + 200 mg	Un comprimé qd
Trizivir (AZT + ABC + 3TC)	Comprimés à 300 + 600 + 150 mg	Un comprimé bid
Atripla (TDF + FTC + EFV)	Comprimés à 300 + 200 + 600 mg	Un comprimé qd

Traitement ARV optimal

- Traitement efficace
- Le plus simple possible
- Très bien toléré
- Profil métabolique favorable
- Pharmacocinétique et profil de résistance indulgents
- Monitoring facile

Problématique du traitement au long cours

observance

Durer…

Résistance virus

Tolérance

Problématique du traitement au long cours

observance

Information du patient

Régime simple

Minimiser le nombre de prise

Assurer une excellente tolérance

L'observance est l'élément déterminant du succès de la thérapeutique antirétrovirale

PREVENTION

PREVENTION

- **Information et Éducation de la population : fausses idées, préjugés**

  « ça n’arrive pas qu’aux autres »

- **Sécurité sanguine**
- **Déclaration obligatoire**
- **Vente des préservatifs et des seringues**
- **Mobilisation des associations et des pouvoirs publics**

PREVENTION

- Formation de différents intervenants.
- Dépistage prénuptial obligatoire : HVB, syphilis.
- Dépistage anonyme et gratuit = **CDAG +++**.
- Déclaration obligatoire : **VIH, hépatite virale B, Syphilis, urétrites.**
- Pas de vaccination

DEPISTAGE

- **DEPISTAGE**
  - **volontaire**
  - **librement consenti**
- **PAS DE DEPISTAGE OBLIGATOIRE**
- **SYSTEMATIQUEMENT PROPOSE**
  - **comportement à risque**
  - **prénuptial**
  - **prénatal**
  - **chirurgie**
  - **transfusés**
  - **piqûre avec matériel possiblement contaminé**

  - signes cliniques évocateurs
  - pathologie opportuniste
  - lymphopénie
  - viol
  - rapport suspect
- **OU A LA DEMANDE DU SUJET**

PREVENTION

Transmission par voie sexuelle

- Abstinence
- Fidélité
- Préservatif : seul moyen de protection efficace contre le VIH

PREVENTION

Transmission par voie sexuelle

- Préservatif : seul moyen de protection efficace contre le VIH :
  - Sexe sans risque
  - Usage unique !!
  - Respecter le mode d'emploi
  - « Mal accepté » par certains
  - Caractère tabou de la sexualité

PREVENTION

Le risque sanguin

- Sang ou produits dérivés
- Risque quasi nul en TUNISIE < 1 / 1M
- Risque minime avec les culots globulaires et les plaquettes
- Entretien individuel avec le donneur
- Exclusion des personnes à risque, transfusés, greffés
- Diminution du nombre de transfusions

PREVENTION

Le risque sanguin

- **Sensibiliser les soignants au risque AES (0.3 %)**
  Précautions universelles
  Prophylaxie en urgence
  Éviter les contacts avec les liquides biologiques à risque
- **Transmission chez les usagers de drogue**
  Partages de seringues
  Vente libre / Échanges
  Politique de substitution : réduction des risques

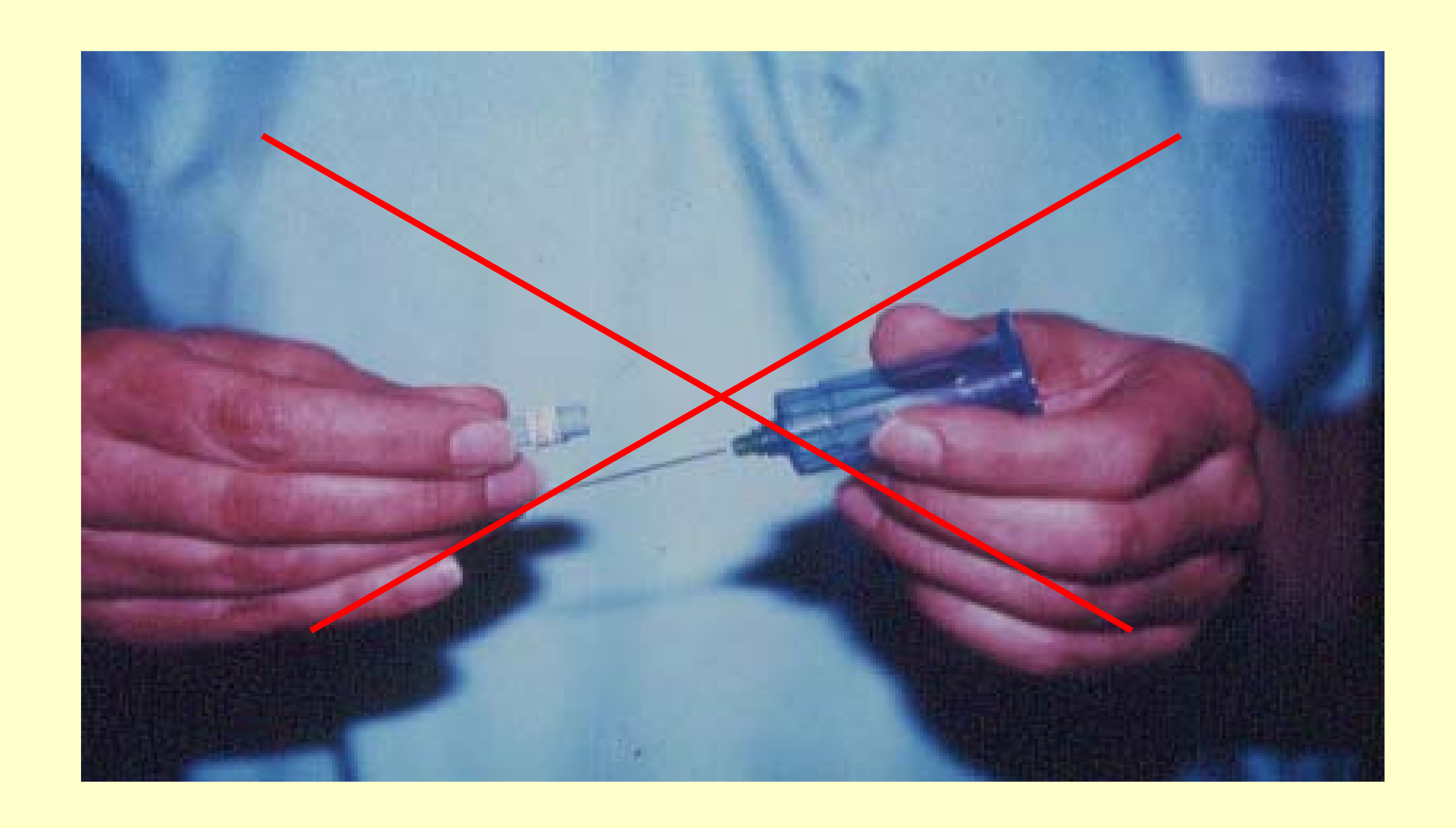
EN CAS DE PIQURE ACCIDENTELLE (ou de souillure d ’une plaie par du sang)

- Tremper le doigt dans l ’eau de javel (alcool, Bétadine)

- Déclarer l ’accident en médecine du travail

- Sérologie VIH, 2ème sérologie deux mois plus tard

- Trithérapie en urgence ?




Do Not Fill Above
This Level
SHARPS
CONTAINER

PREVENTION

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MATERNO- FŒTALE

- Proposer un dépistage avant toute grossesse
- Contre-indiquer l'allaitement maternel.
- Césarienne ?
- Traitement de la mère

CONCLUSION

- VIH/SIDA : problème majeur de santé publique
- Pas de traitement curatif
- Bonne connaissance des modes de transmissions
- La lutte contre le « SIDA » = PREVENTION

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Poursuivons et intensifions la lutte !

